



JOE LOMBARDO
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

MEDICAID



Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____

CUESTIONARIO DE REEMBOLSO PARENTAL

RESUMEN

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada requiere la responsabilidad financiera de los padres por los servicios proporcionados a los niños discapacitados. La División solicita un reembolso mensual de los costos de Medicaid de los padres que cumplen con ciertos umbrales económicos. Se tiene en cuenta el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Se da crédito cuando el niño recibe cuidado en el hogar y para el pago de primas de seguro de salud integral privado. Hay una cantidad de deducción familiar y una deducción por manutención de menores pagada.

Este formulario debe ser completado por los padres de un niño discapacitado que recibe servicios de Medicaid a través de la División como residente en un centro médico o como beneficiario de los servicios de cuidado de niños en el hogar. La información se utiliza para determinar la cantidad, si cualquiera, los padres de este niño están obligados a pagar.

El formulario completo debe ser devuelto a la dirección antes mencionada. Preguntas pueden ser dirigidas a (702) 486-1646; (775) 684-7200; (800) 992-0900 ext 47200.. El no devolver esta solicitud dentro de los quince (15) días desde la fecha en que fue enviada por correo puede resultar en que usted pueda ser evaluado una cantidad de \$1,900 por mes.

Recuerde que usted está certificando la exactitud de sus respuestas. La División verifica las respuestas que usted proporciona en este formulario. Si usted hace una declaración o representación falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para evitar la responsabilidad financiera por los gastos de Medicaid de su hijo, se le cobrará \$1,900 por mes.



INFORMACIÓN DEL HOGAR

1. Dirección de su domicilio:

(Número y calle) (Apartamento)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Dirección en donde recibe correo: *(Si es distinta a la dirección de su domicilio, tiene un apartado postal, o si usted vive en una zona rural o difícil de encontrar, proporcione instrucciones.)*

(Número y calle) (Apartamento)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

(Número de teléfono de casa) (Teléfono de mensaje) (Teléfono del trabajo)

2. Enumere todas las personas que viven en su hogar; debe incluirse a si mismo, su cónyuge y todos los hijos.

PRIMER NOMBRE	NOMBRE LEGAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	RELACIÓN CON EL NIÑO DISCAPACITADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

INGRESOS

3. Usted debe proporcionar prueba de ingresos mediante la presentación de copias de la declaración de impuestos del año pasado, incluyendo todos los anexos. *(Si su actual fuente de ingresos es diferente a la del año pasado, presente prueba de ingresos actuales.)*

RECIBIDO POR	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, EMPRESA O CENTRO DE ADIESTRAMIENTO	FECHA EN QUE COMENZÓ O COMENZARÁ A TRABAJAR	FECHA EN QUE RECIBE O ESPERA RECIBIR SUELDO	PAGO POR HORA	HORAS POR CADA CHEQUE	CADA CUÁNTO LE PAGAN (semanal/ quincenal/ mensual/ bimensual)	SALARIO BRUTO (ANTES DE DEDUCCIONES) POR CHEQUE (semanal/ quincenal/ mensual/ bimensual)	PROPINAS
				\$			\$	\$
				\$			\$	\$
				\$			\$	\$



INFORMACIÓN SOBRE OTROS INGRESOS

4. Usted debe proporcionar prueba de ingresos. (Si usted trabaja por cuenta propia, debe proporcionar copias de sus últimas dos (2) declaraciones de impuestos, con todos los anexos.)

	¿RECIBE?		¿QUIÉN LO RECIBE?	NÚMERO DE RECLAMO (SI LO TIENE)	CANTIDAD (semanal/mensual/bimensual)	
	NO	SÍ			\$	por
1) INGRESOS DEL SEGURO SUPLEMENTARIO (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
2) INGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
3) BENEFICIOS A VETERANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
4) PENSIÓN DE JUBILACIÓN (SERVICIO CIVIL, FERROCARRIL, MILITAR, EMPLEADO PÚBLICO – PRIVADO O SINDICALIZADO) FUENTE DE INGRESOS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
5) PAGOS POR DISCAPACIDAD DE CUALQUIER FUENTE (SIIS, REHAB, OTRO) FUENTE DE INGRESOS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
6) BENEFICIOS POR DESEMPLEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
7) HUÉSPEDES/INQUILINOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
8) PROGRAMA DE AYUDA GENERAL AL INDÍGENA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
9) ASIGNACIÓN MILITAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
10) ANUALIDADES DE SINDICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
11) PAGOS DE INTERESES (ACCIONES, BONOS, FIDEICOMISOS, PETRÓLEO, ARRENDAMIENTOS, ETC.) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
12) DINERO DE ALQUILER DE PROPIEDADES, ARRENDAMIENTOS, HIPOTECAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
13) DINERO DE PARIENTES U OTRAS PERSONAS NOMBRE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
14) BENEFICIOS A HUELGUISTAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
15) DINERO PARA EDUCACIÓN (BEOG/PELL, SEOG, NDSL, USAF, NSIG, VA, PRÉSTAMO DE ESTUDIANTE, ETC.) FUENTE DE INGRESOS :						
PERIODO CUBIERTO: DE: _____ A: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
16) INGRESOS SUBVENCIONES O APOYO SOCIAL (BIENESTAR DEL CONDADO, AFDC O CUIDADO TEMPORAL, ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
17) PENSIÓN ALIMENTICIA – PAGADA DIRECTAMENTE RECIBIDA DE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por
18) CUALQUIER OTRO INGRESO NO MENCIONADO ANTERIORMENTE : TIPO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	por



