



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

## Asistencia Médica – Adenda

Complete esta adenda si está solicitando agregar cobertura médica a su solicitud actual de SNAP/TANF.

INFORMACIÓN DEL CASO				
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo	Número del Caso
<p><b>¿Quién debe ser incluido en esta adenda?:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● su cónyuge, si es casado</li> <li>● sus hijos que viven con usted</li> <li>● su pareja que vive con usted (pero sólo si tienen hijos en común que necesitan seguro de salud)</li> <li>● cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, <b>sin importar que vivan con usted</b></li> <li>● <b>Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir los miembros de la familia que viven con usted.</b></li> </ul>				
<p><b>¿Espera usted o alguien en su hogar presentar una declaración de impuestos federales el PROXIMO AÑO?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <b>Si la respuesta es sí, ¿quién?</b> _____ <b>y conteste las preguntas 1 - 3</b></p> <p><input type="checkbox"/> No <b>Si no, pase a la pregunta 3</b></p>				
<p>1. Estatus de la declaración <input type="checkbox"/> Soltero</p> <p><input type="checkbox"/> Casado declarando en conjunto</p> <p><input type="checkbox"/> Casado declarando por separado</p> <p>Marque sólo una casilla.</p>		<p>Nombre de su cónyuge/pareja:</p>		
<p>2. Dependientes</p>	<p>Primer nombre</p>	<p>Apellido</p>	<p>Parentesco</p>	<p>Reside en el hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
				<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
				<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
				<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>3. ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?</p> <p><b>Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre del declarante:</b></p> <p>¿Qué parentesco tiene con el declarante?</p>				<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Por favor enumere todos los miembros solicitando asistencia médica:</p>				



¿Está embarazada alguien actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es sí, ¿quién?</b>	Si está embarazada ¿cuántos bebés se esperan?: _____
--	--

Si es menor de 26 años de edad, ¿alguna vez ha estado en cuidado temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es sí, ¿quién?</b>	¿En qué estado?  ¿Recibieron cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Edad cuando salieron del programa?	

¿Necesita alguien ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es sí, ¿quién?</b>
---

¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Si la respuesta es sí, ¿quién?</b>	¿Qué meses?
--	-------------

**DEDUCCIONES** (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS):  
 (Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia)

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, el informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Aviso:** No debe incluir un costo ya considerado en su respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia \$	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos estudiantiles \$	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Otras deducciones \$	¿Con qué frecuencia?

Tipo:

**INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**

¿Tiene alguien seguro de salud, así como TRICARE, planes para empleados federales o estatales, del Cuerpo de Paz, de Veteranos, Medicaid/Nevada Check Up, Medicare, COBRA, privado u otro plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---

¿Tiene alguien seguro de salud a través de su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:

¿Quién tiene otro seguro de salud?	¿Qué tipo de seguro tienen?	Nombre del plan	Número de póliza
Nombre:			

**INFORMACIÓN DE REFERENCIAS:**

¿Cómo se enteró acerca de estos programas? Marque SÓLO uno:

<input type="checkbox"/> Covering Kids & Families	<input type="checkbox"/> Doctor/Hospital/Clínica
<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Recursos tribuales	<input type="checkbox"/> Amigo/Familia
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Ninguno



## INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada Check Up y Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribuales o los programas urbanos de salud indígena.

Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.

**Aviso:** Si usted no indica una preferencia por un plan de salud, nosotros escogeremos por usted.

Las familias que viven en los condados urbanos de Washoe County o Clark County están cubiertas por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia por un plan de salud en su adenda, nosotros escogeremos por usted. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check Up. Podemos no honrar su elección de planes si usted o algún miembro de la familia ha estado inscrito en una de nuestras organizaciones de atención médica administrada actuales. Una vez inscritas, las familias recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud. Puede ponerse en contacto con los siguientes números para obtener información sobre los planes de salud.

**Por favor, elija uno de los siguientes planes de salud:**

**Molina Healthcare:** 1-833-685-2109  **Silver Summit Healthplan:** 1-844-366-2880  
[Meetmolina.com/nv-medicaid](http://Meetmolina.com/nv-medicaid) [silversummithealthplan.com](http://silversummithealthplan.com)

**Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions:** 1-844-396-2329  **Health Plan of Nevada:** 1-800-962-8074  
[mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html](http://mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html) [myHPNmedicaid.com](http://myHPNmedicaid.com)

Para las familias que viven en la zona de pago-por-servicio de beneficio, los servicios se pueden obtener de cualquier proveedor de Nevada Medicaid. Si necesita ayuda para localizar un proveedor, por favor llame a la oficina local de distrito de Medicaid:

Carson City  
(775) 684-3651

Reno  
(775) 687-1900

Las Vegas  
(702) 668-4200

Elko  
(775) 753-1191



## POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta adenda sólo se usarán para determinar la elegibilidad para la asistencia médica o para ayudar a pagar por la cobertura. Nevada Health Link, la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) revisarán su elegibilidad usando nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de otras agencias federales. Si la información no coincide, podemos pedirle que nos envíe pruebas. No vamos a hacer preguntas sobre sus antecedentes médicos. No se harán preguntas sobre la ciudadanía o estatus migratorio a los miembros del hogar que no quieren la cobertura.

DWSS necesita esta información para comprobar su elegibilidad para la asistencia médica de salud y para ayudar a pagar por la cobertura si usted la desea, y para darle el mejor servicio posible. DWSS también puede revisar su información posteriormente para asegurarse de que su información esté actualizada. DWSS le notificará si encontramos que algo ha cambiado.

Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Servicio de **Impuestos Internos (IRS)**, del **Seguro Social**, del **Departamento de Seguridad Nacional**, y/o una agencia de informe del consumidor. Verificaremos esta información por medio de programas de comparación computarizada, incluyendo el **Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS)**. Esta información se utilizará también para supervisar el cumplimiento con las reglamentaciones del programa y su administración.

Yo estoy de acuerdo en que mi información será usada y recuperada a través de fuentes de datos para esta adenda. Tengo el consentimiento de todas las personas enumeradas en la adenda que permite la recuperación y el uso de su información de las fuentes de datos anteriormente mencionadas.

## SUS RESPONSABILIDADES

Debe reportar a DWSS si la información indicada en su solicitud de SNAP/TANF o en esta adenda cambia. Debe reportar cualquier cambio, comunicándose con el servicio al cliente de DWSS, a más tardar al quinto día del siguiente mes; los individuos aprobados bajo el programa de Medicaid para ancianos, ciegos o discapacitados, tienen hasta el décimo día del siguiente mes para reportar cambios. Cambios pudieran afectar la elegibilidad de su hogar.

Por mandato de la ley de Nevada “una persona beneficiaria de Medicaid o de seguro en conformidad con el Programa de Seguro Médico para Niños no puede excluirse de la divulgación electrónica de su información de salud individualmente identificable” [Estatuto revisado de Nevada 439.538]. Cuando un paciente deja de ser beneficiario de Medicaid, es la responsabilidad del paciente cambiar su elección de consentimiento. En cualquier momento, usted puede revocar su consentimiento firmando un nuevo formulario de consentimiento y entregándoselo a su médico. Estos formularios están disponibles en el consultorio de su médico.

## PROGRAMA DE MEDICAID DE RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO

Los beneficiarios de Medicaid que tienen 55 años o más de edad o están hospitalizados en un centro médico pueden ser responsables por el reembolso de los gastos pagados por ellos por Medicaid. Estos pagos hechos por parte del Programa de Medicaid pueden recuperarse del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente.

(Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)



## INFORMACIÓN IMPORTANTE DE LA MANUTENCIÓN DE NIÑOS

Al firmar esta adenda y recibir beneficios de Medicaid, usted está de acuerdo de asignar sus derechos de manutención de niños a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada (DWSS). Esta es una condición de elegibilidad para que los padres o cuidadores adultos reciban Medicaid. Se requiere por ley que si usted recibe Medicaid, cualquier pago de manutención ordenado o estipulado por un juzgado y pagado directamente a usted sea reportado a DWSS o a los Servicios de Cumplimiento de la Manutención (CSE).

Cuando solicita beneficios de Medicaid, la ley requiere que usted coopere con CSE para establecer paternidad para obtener la manutención de niños y manutención para asistencia médica que se le deben a usted y a los niños por cuales solicita ayuda. Podría permitirse una causa justa para no cooperar con nuestro esfuerzo de conseguir manutención de niños o establecer la paternidad si usted piensa que el cooperar para recaudar la manutención le hará daño a usted o a sus hijos. Si usted no coopera con CSE y no se ha determinado una causa justa, la elegibilidad para asistencia médica de los padres o cuidadores adultos podría ser afectada.

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted puede pedir una conferencia o audiencia si no está de acuerdo con nuestra decisión o si no hemos actuado a tiempo en su adenda. **Puede pedir una audiencia en persona, por escrito o por teléfono.** Una petición debe ser sometida dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la notificación de decisión. La notificación tendrá más información sobre el proceso de la audiencia. Si usted necesita ayuda, puede tener a otra persona que actúe en su nombre, pero el permiso por escrito debe ser recibido por DWSS antes de la conferencia o audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

## SOBREPAGOS, REVISIONES DE CASOS E INVESTIGACIONES

Al firmar esta adenda, usted autoriza al Departamento de Salud y Servicios Humanos a investigar las circunstancias de su hogar para determinar la elegibilidad para beneficios de Medicaid. La información proporcionada por el solicitante, beneficiario o representante autorizado en relación con esta adenda, estará sujeta a verificación por oficiales federales, estatales o locales, para determinar si la información es verdadera. Si se determina que la información está incorrecta, sus beneficios de Medicaid pueden ser negados, terminados o reducidos si no coopera con una investigación.

Hacer declaraciones falsas o engañosas, falsificar, ocultar o retener hechos utilizados para determinar la elegibilidad puede resultar en descalificación futura del programa y cargos criminales de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Usted es responsable por el reembolso de todos los beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. Beneficios de Medicaid y todos los costos relacionados con la administración del programa, incluyendo cargos de capitación pagados en su nombre a organizaciones de atención administrada, forman parte de este reembolso.



**POR FAVOR LEA Y FIRME ESTA ADENDA.**

- Yo declaro bajo pena de perjurio, la información que di en esta adenda es cierta, correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Yo entiendo las preguntas en esta adenda y las penalidades por ocultar o dar información falsa.
- Yo estoy de acuerdo en notificar a la División de Bienestar y de Apoyo Social de cualquier cambio de circunstancias en mi hogar que pueda afectar mis beneficios.
- Yo entiendo que si fallo en reportar cambios puede resultar en un sobre pago que yo seré responsable por reembolsar o acusación por la ley.
- Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

**Divulgación de Información**

- Por la presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Salud y Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida.
- Si tengo 60 años de edad o más, por la presente consiento a la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Por la presente libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida.

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del solicitante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del Cónyuge/Pareja (Segundo padre de los niños)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

**Testigo:** (Requerido si el solicitante no sabe leer o escribir o si es ciego.)

La información contenida en esta adenda ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Gerente del Caso

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

**ENVÍE POR CORREO SU ADENDA COMPLETADA.**

**Entregue su adenda a la oficina local del distrito de DWS o envíela por correo a:**

State of Nevada  
Division of Welfare and Supportive Services  
PO Box 15400  
Las Vegas, NV 89114-5400

**Se acordó de:**

- ✓ ¿Informarnos de todos en su familia y el hogar, incluso si ellos no necesitan un seguro?
- ✓ ¿Adjuntar verificación de ingresos mensuales actuales?
- ✓ ¿Adjuntar una copia de la tarjeta de seguro? (la parte del frente y de atrás)
- ✓ ¿Firmar esta adenda?

Telephone call to applicant

Copy of form mailed to applicant

Date \_\_\_\_\_



## Appendix A

### DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

Help is available for individuals with Limited English Proficiency (LEP) to assist in completing this application. Please contact the phone number listed in your preferred language below for more information.

#### Spanish

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1).

#### Tagalog

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1).

#### Chinese

**注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1)。

#### Korean

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화해 주십시오.

#### Vietnamese

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1).

#### Amharic

**ማስታወሻ:** የማናገናኙት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶቻችን በኮን ሊ.ዲዮዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ማክተለው ቁጥር ይደውሉ። 1-866-569-1746 (መስማት ለተሳናቸው፡ 7-1-1)።

#### Thai

**เตรียม:** ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1)。

#### Japanese

**注意事項：**日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください

#### Arabic

**1746-569-866-1 (عظم 1) ركانا تخدمت نك اذا**، راجعنا مصلًا فنأه: (TTY: 7-1-1) مقرب لصنا

#### Russian

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-569-1746 (телетайп: 7-1-1).

#### French

**ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-569-1746 (ATS: 7-1-1).

#### Persian

**1746-569-866-1 با فراهم می باشد**، با فراهم می باشد: (TTY: 7-1-1) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.

#### Samoan

**MO LOU SILAFIA:** Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auauanaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-866-569-1746. (TTY: 7-1-1).

#### German

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1).

#### Ilocano

**PAKDAAR:** Nu saritaem ti Ilocano, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyanam. Awagan ti 1-866-569-1746 (TTY: 7-1-1).



*(This Page Left Intentionally Blank)*



Appendix B



STEVE SISOLAK  
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

ROBERT H. THOMPSON  
Administrator

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_ Número del Caso: \_\_\_\_\_

Solicitantes y beneficiarios pueden designar a un individuo u organización para actuar de forma responsable en su nombre. Esto incluye ayudar con la solicitud de asistencia del individuo, las renovaciones de elegibilidad y otras comunicaciones en curso con la agencia. Esta designación debe incluir la firma del solicitante electrónicamente, telefónicamente o escrita a mano.

Un representante autorizado designado está de acuerdo en actuar de forma responsable en nombre del solicitante/beneficiario proporcionando toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia. Los derechos y obligaciones de un representante autorizado son los mismos como si fuera el solicitante/cliente en la medida de la capacidad financiera del solicitante/cliente de hacer pagos.

### I. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Yo, \_\_\_\_\_ solicito que la siguiente persona/agencia  
Nombre con letra de molde del solicitante/beneficiario  
\_\_\_\_\_ actúe como mi representante autorizado.  
Nombre con letra de molde de la persona o agencia

Yo entiendo que yo o el representante autorizado designado podemos cancelar esta designación por escrito en cualquier momento.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco con el solicitante si la firma no es la del solicitante (Debe ser un miembro de la familia) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

Yo creo que el solicitante/beneficiario arriba nombrado entiende la naturaleza y las consecuencias de sus actos y es capaz de ejercer su propia voluntad. Yo certifico que el solicitante/beneficiario arriba nombrado tomó la decisión de designarme como su representante bajo ningún tipo de amenaza o presión.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del representante \_\_\_\_\_ Cargo/Parentesco \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado \_\_\_\_\_

### II. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR OTROS

Yo \_\_\_\_\_ he hecho un esfuerzo de buena fe de comunicarme con miembros de la familia y/o cualquier tutor legal del solicitante/beneficiario. No he tenido éxito en encontrar un tutor legal o un miembro de la familia para actuar como representante autorizado o proporcionar información. Por lo tanto, yo solicito ser designado como representante autorizado del solicitante/beneficiario arriba nombrado. Yo certifico que bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del representante \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado \_\_\_\_\_



*(This Page Left Intentionally Blank)*





## MEDICAID ESTATE RECOVERY NOTIFICACIÓN DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

*Tenga en cuenta que si está solicitando o recibiendo beneficios del programa de Medicaid, ésta es información importante que podría afectar su decisión de recibir beneficios de Medicaid.*

De acuerdo con la ley estatal y federal, el estado de Nevada administra un programa de recuperación de bienes de Medicaid mediante el cual la asistencia de Medicaid correctamente pagada es recuperada del estado indiviso de la persona que recibió los beneficios de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid de 55 años o más y ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería<sup>1</sup> están afectados por este programa. Cuando esos individuos pasan, Medicaid requiere que los Estados indivisos de esas personas paguen de vuelta cualquier beneficio pagado por Medicaid.

El "estado indiviso" se define ampliamente en Nevada. Incluye toda la propiedad real y personal y otros activos en o a los que una persona tenía algún título legal o interés en el momento de la muerte. Esto incluye bienes transmitidos a otra persona a través de tenencia conjunta, bienes de vida, fideicomisos, anualidad, Homestead u otro arreglo. Una reclamación de Medicaid no puede ser vencida por una exención de Homestead o por el funcionamiento de la bancarota o la ley de la insolvencia.

Ciertas personas están protegidas contra la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperarse si el beneficiario de Medicaid tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 años, o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si se impide que Medicaid se recupere debido a un cónyuge sobreviviente, un niño discapacitado o un niño menor de edad, Medicaid puede poner un gravamen sobre el interés del beneficiario en la propiedad real y/o personal.

Sin embargo, Medicaid debe liberar el derecho de retención si el cónyuge, el niño discapacitado y/o el niño menor de edad venden la propiedad a un comprador de buena fe por el valor justo de mercado. Si el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

Además, ciertos ingresos, recursos y propiedades de los Indios Americanos y de los Nativos de Alaska están exentos de la recuperación del estado de Medicaid. Por favor, consulte el manual de operaciones de Medicaid que se encuentra en [www.dhcfp.nv.gov](http://www.dhcfp.nv.gov) para una explicación detallada de la propiedad exenta de recuperación para estos grupos.

El idioma anterior se refiere a los beneficios que se pagan correctamente a los destinatarios de Medicaid elegibles. Cuando los beneficios son pagados a personas que no son elegibles de otra manera, esos beneficios se consideran como pagados incorrectamente. Medicaid puede recuperar beneficios pagados incorrectamente inmediatamente después del descubrimiento y sin las restricciones que se aplican a los beneficios correctamente pagados.

La recuperación de Medicaid puede ser renunciada, comprometida o retrasada si esto causaría una dificultad indebida para los herederos. Los herederos pueden presentar una exención de dificultad en el momento de la recuperación de Medicaid. La negación de una exención o compromiso de dificultad puede ser apelada a través del sistema legal apropiado. Medicaid proporcionará información de solicitud de exención de dificultades a los herederos conocidos en el momento de la recuperación.

Si tiene preguntas o necesita información adicional o aclaración, por favor comuníquese con el programa de recuperación de bienes de Medicaid al (775) 687-8414 o visite su sitio web en [www.dhcfp.nv.gov](http://www.dhcfp.nv.gov) bajo "Programs."

**Por favor comparta este formulario con la familia y los herederos.**

<sup>1</sup>Ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería se refieren a personas con respecto a las cuales el estado determina, después de la notificación y la oportunidad de audiencia, que el paciente no puede esperar razonablemente ser dado de alta de la institución médica y volver a casa.



*(This Page Left Intentionally Blank)*



Appendix D



STEVE SISOLAK  
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

ROBERT H. THOMPSON  
Administrator

Nombre del padre sin custodia:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
--------------------------------	--------------------------	----------------------

**FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)**

Cuando solicita beneficios de asistencia de TANF y/o de Medicaid, la ley requiere que usted coopere con Servicios de Cumplimiento de la Manutención (CSE) para establecer paternidad y obtener la manutención de niños y/o la manutención para asistencia médica que se le debe a usted y/o a los niños por cuales solicita ayuda. Esto puede incluir pruebas genéticas. Si se comprueba que la persona que usted nombró no es el padre, es posible que usted tenga que pagar el costo de la prueba. También, usted es responsable de proporcionar toda la información disponible solicitada por el programa CSE como certificados del decreto de divorcio y/u órdenes de manutención, certificados de nacimiento y fotografías del padre ausente.

El programa CSE localiza a padres ausentes y/o sus fuentes de ingresos o recursos, establece e impone manutención monetaria o médica, evalúa y modifica órdenes de manutención existentes y recauda y distribuye pagos monetarios o médicos. Si usted solicita ayuda médica solamente, usted puede solicitar por escrito que sólo desea los servicios para manutención médica.

El programa CSE tiene discreción total para determinar los recursos legales que se utilizan para obtener la manutención y no puede garantizar el éxito. CSE puede solicitar la ayuda de otro estado, y por lo tanto, tendrá que seguir las leyes de ese estado. CSE no provee servicios acerca de custodia, visitas o de cuentas médicas no pagadas. CSE puede cerrar su caso cuando este caiga bajo las reglas para cerrar casos establecidas por leyes federales o estatales.

El programa CSE representa al Estado de Nevada en proporcionar servicios y no existen los privilegios entre abogado y cliente. CSE está autorizado a endosar y cobrar pagos hechos a usted por razón de manutención y puede recaudar pagos vencidos de manutención interceptando un reembolso de impuestos del IRS u otro pago federal. Si ocurriera una intercepción de impuestos, el programa de CSE tiene la autorización de quedarse con el reembolso por un periodo de seis (6) meses antes de distribuir los fondos. No se pagan intereses sobre el dinero retenido. Los fondos recaudados por medio de una intercepción de impuestos son utilizados primero para pagar cualquier cantidad de manutención que esté atrasada y que esté asignada al Estado de Nevada. El gobierno federal cobra una cantidad no reembolsable sobre cualquier impuesto o pago federal que sea interceptado por el programa CSE.

Podría permitirse una **causa justa** para no cooperar con nuestro esfuerzo de conseguir manutención o establecer la paternidad. Si usted no coopera con CSE y no se ha determinado una causa justa, su hogar será inelegible para recibir los beneficios de TANF y usted será inelegible para Medicaid. Causa justa para no cooperar será considerada si usted lo solicita por escrito. Los siguientes son ejemplos de causa justa:

- *El niño fue concebido como resultado de una violación o incesto.*
- *Procedimientos legales están pendientes ante un juzgado para adoptar el niño.*
- *A usted le está ayudando una agencia pública o privada para decidir si desea retener a su niño o darlo en adopción (no más de tres (3) meses).*
- *Su cooperación para establecer paternidad o conseguir manutención puede resultar en daño emocional o físico a usted o su niño(s).*



Deberá proporcionar al gerente del caso una verificación, dentro de veinte (20) días después de reclamar por una causa justa. Recibirá una decisión por escrito acerca de su reclamo por causa justa. Si se establece que tiene justificación para no cooperar, CSE no tratará de establecer paternidad o coleccionar manutención de niños.

**SÍ, yo quiero reclamar por causa justa.**  **NO quiero reclamar por causa justa en este momento.**

_____	_____	____/____/____	_____
Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Usted debe reportar cambios cada vez que ocurre un cambio de nombre; tiene una nueva dirección o número de teléfono de casa o del trabajo; contrata un abogado privado o agencia de colección; presenta otra acción legal de manutención de niños o de paternidad; presenta una demanda de divorcio; recibe pagos de manutención directamente del padre ausente; tiene una nueva dirección, número de teléfono, de empleo o seguro de salud para el padre ausente; un niño(s) ya no vive con usted; un hijo(s) está todavía en la escuela secundaria después de 18 años de edad; un niño(s) queda discapacitado antes de los 18 años; un hijo(s) viene a vivir con usted o usted da a luz a otro niño; un niño se casa, se adopta, se ingresa a las fuerzas armadas o se declara un adulto por orden judicial.

Usted es responsable de devolver los pagos de manutención de niños recibidos por error, incluyendo los pagos de manutención de niños de un reembolso de impuestos que sean ajustados por el IRS. Si no se compromete a un acuerdo de pago con el programa CSE, el dinero recaudado en su nombre por el programa CSE podría retenerse para el pago y el saldo restante podría reportarse a una agencia de cobros. Además, acción legal puede ser iniciada contra usted.



### FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)

Liene un formulario para cada padre que no vive con el niño(s) para quien(es) usted está solicitando ayuda. Por ejemplo, si tiene dos niños y cada uno tiene un padre/luna madre diferente, usted tendrá que completar dos formularios. Si usted no es el padre/luna madre del niño(s) para quien(es) solicita ayuda, tiene que completar un formulario por la madre ausente y un formulario por el padre ausente. No deje ninguna pregunta en blanco. Escriba a mano o a máquina desconocido o N/A (no aplicable) para cualquier pregunta que no aplica o si no sabe la respuesta.

SU NOMBRE:				SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		SU FECHA DE NACIMIENTO:		SU PARENTESCO CON EL NIÑO(S):	
¿Han recibido usted o los niños asistencia pública anteriormente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						En caso afirmativo, ¿dónde?		(Ciudad, Estado)	
Número de Seguro Social del padre que no vive con usted:				Complete lo que conoce acerca del padre sin custodia. Si no sabe la respuesta a la pregunta, escriba desconocido o N/A.					
APELLIDO:			PRIMER NOMBRE:			INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:		SUFIJO (Jr./Sr., etc.):	
DIRECCIÓN:									
CIUDAD:				ESTADO:				CÓDIGO POSTAL:	
ÚLTIMA FECHA DE CONTACTO:						TELÉFONO/CELULAR:			
RAZA:	SEXO:	COLOR DE CABELLO:	COLOR DE OJOS:	PESO:	ESTATURA:	¿ESTÁ EL/ELLA DISCAPACITADO(A)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO:				FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA DE FALLECIMIENTO:			
¿EN CUALQUIER MOMENTO ESTUVO LA MADRE CASADA CON ESTE PADRE SIN CUSTODIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				FECHA DE MATRIMONIO:		FECHA DEL DIVORCIO:			
¿ESTABA CASADA LA MADRE CON OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿HAY OTROS PADRES POSIBLES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
¿ORDEN DE CORTE ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						CIUDAD Y ESTADO			



**INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS PARA ESTE PADRE AUSENTE:**

Número de Seguro Social del niño	Apellido del niño	Primer nombre del niño	Inicial del segundo nombre del niño	Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AA)	¿Tuvo relaciones sexuales la madre con otro hombre (no mencionado arriba), durante 30 días antes o después de que el embarazo comenzó para este niño?	Mes de comienzo de manutención
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Todos los casos de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y programas médicos donde el adulto y niño(s) reciben Medicaid deben ser referidos para Servicios de Cumplimiento de la Manutención. Yo entiendo que si no hay un adulto en mi familia que recibe asistencia médica, y me gustaría recibir Servicios de Cumplimiento de la Manutención, debo presentar una solicitud para ayuda con la agencia de manutención del estado o del condado apropiado.

Esta información es correcta al mejor de mi conocimiento. He leído la sección "Información importante sobre la manutención de niños" que se encuentra en la solicitud de elegibilidad. Yo entiendo que si he ocultado o falsificado información intencionalmente, podría ser descalificado para recibir asistencia pública.

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en este documento es verdadera al mejor de mi conocimiento y creencia, y que las declaraciones contenidas en este son hechas para los fines establecidos aquí, incluyendo, pero no limitado a, obtener ayuda para establecer paternidad y/o una orden de manutención de niños junto con la recaudación de manutención de niños.

Su firma:	Fecha de la firma:
-----------	--------------------



Steve Sisolak  
Governor

Richard Whitley, MS  
Director



**DEPARTMENT OF  
HEALTH AND HUMAN SERVICES**  
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES  
*Helping people. It's who we are and what we do.*



Robert H. Thompson  
Administrator

---

**Estado de Nevada; Política de Privacidad de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social;  
Access Nevada; Fecha de vigencia 1 de abril de 2021**

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social de Nevada (DWSS) se compromete a proteger la privacidad de sus clientes y clientes potenciales. Todos los datos proporcionados a DWSS se utilizarán para determinar la elegibilidad para asistencia pública; asistencia para la compra de seguro médico; investigaciones de uso indebido de beneficios de asistencia pública y reembolso; revisiones de control de calidad del trabajo de asistencia social; y, auditorías internas, estatales y federales.

De acuerdo con la Sección 5 del Código de los Estados Unidos (5 USC) § 552a(e)(1), al solicitar los programas de asistencia pública ofrecidos por DWSS, debe proporcionar a DWSS su información personal. Al hacerlo, usted está consintiendo a que DWSS recaude, utilice, difunda y mantenga esta información con el fin de determinar la elegibilidad para los programas de asistencia pública y los usos auxiliares antedichos, según sea necesario.

De acuerdo con la Sección 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Capítulo 273.2(b) del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP); 45CFR 206.10a del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); 42CFR 435.600a del Programa de Asistencia Médica; y, 5USC § 552a(e)(1) de la Ley de Privacidad, DWSS requiere que los solicitantes presenten una solicitud de asistencia pública que contenga información personal para determinar si el solicitante es elegible para recibir asistencia pública.

La información obtenida por DWSS de individuos se utilizará únicamente con fines internos. DWSS no divulgará ni venderá intencionadamente su información personal a terceros. DWSS tomará todas las medidas razonables para proteger su información.

DWSS mantiene su información privada, como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud solo se utilizarán para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia pública por los que está solicitando. DWSS y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) revisarán su elegibilidad utilizando las bases de datos electrónicas de la División y las bases de datos de agencias federales. Si la información no coincide, es posible que se le pida que envíe pruebas.

DWSS recaudará y archivará toda la información que proporcione a través del sitio de Access Nevada. Esto incluye:

- su nombre
- dirección
- información de contacto
- nombres de usuario
- contraseñas
- Números de Identificación Personal (PIN)
- número de seguro social
- información financiera y similar;
- junto con copias de cualquier documento que suba como:
  - recibos de alquiler
  - talones de pago y
  - fotos de su licencia de conducir



**\*\*\* ESTE SITIO UTILIZA COOKIES \*\*\***

Una cookie es un pequeño archivo de texto colocado en su computadora o dispositivo móvil para identificar de forma única y anónima su navegador o dispositivo. No buscan en su dispositivo de ninguna manera, no pueden introducir virus o contener ninguna información de identificación personal.

Las cookies utilizadas en este sitio duran mientras esté conectado y almacenan datos pertinentes solo para el proceso de solicitud. Las cookies no se guardan y se eliminan una vez que se cierra su sesión.

Para más información acerca de cookies, puede visitar [www.aboutcookies.org](http://www.aboutcookies.org).

La Política de Privacidad del Estado de Nevada se puede encontrar en [nv.gov/privacy-policy](http://nv.gov/privacy-policy).

