



STEVE SISOLAK
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS
Director

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



¿Está embarazada alguien actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién?	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 Si la respuesta es sí, ¿quién? ¿En qué estado?			
¿Edad cuando salieron del programa?	¿Recibieron cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿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 Si la respuesta es sí, ¿quién?			
¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién? ¿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:			
Nombre:			
Nombre:			
Nombre:			



Responsabilidad de terceros

Yo entiendo que lo que sigue es un requisito de elegibilidad para recibir asistencia médica:

Si alguien en esta adenda recibe asistencia médica, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener dinero de otros seguros de salud, seguros, acuerdos legales, u otro tercero que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por Medicaid; y

Yo doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener manutención de niños y médica de un cónyuge o un padre; y

Yo estoy de acuerdo en que los miembros de mi hogar cooperarán con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y darán a DHHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Información de Referencias:

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

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

Selección del plan de salud:

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:

- | | | | |
|---|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions:
mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html | 1-844-396-2329 | <input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada:
myHPNmedicaid.com | 1-800-962-8074 |
| | | <input type="checkbox"/> Silver Summit Healthplan:
silversummithealthplan.com | 1-844-366-2880 |

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.

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.

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:

DWSS
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

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 _____

