

ESTADO DE NEVADA
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DIVISION DEL BIENESTAR Y SERVICIOS SOSTENEDORES

REDETERMINACION PARA MAABD

FECHA DE RD	
NOMBRE DEL CLIENTE	TELEFONO
NUMERO DE CASO.	
DIRECCION DEL CLIENTE	CIUDAD
ESTADO	CODIGO POSTAL
DIRECCION DE CORREO DEL CLIENTE	
¿Además de <i>Medicare/Medicaid</i> , tiene usted cualquier otro seguro medico/dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si tiene, por favor incluya una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro cuando regrese esta forma.	
¿Ha sido usted lesionado/a o en un accidente en los últimos (12) meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha tenido usted algún cambio en sus ingresos, recursos, alguien ha salido/entrado a su hogar, o gastos médicos desde el último contacto con esta oficina? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si ha tenido cambios, por favor explique aquí:	

BANCO	RESO	RECURSOS	TRAN	VIDA	PROP
--------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------

Anote todos los recursos e ingresos suyos y de su esposo/a: **(incluya verificación)**

	CUENTA TOTAL / VALOR	¿LUGAR/CUANTOS?
Fondo Fiduciario de Pacientes	\$	
Dinero en Efectivo	\$	
Cuenta de Ahorros	\$	
Cuenta de Cheques	\$	
Acciones de Valores o Bonos (Stock/Bonds)	\$	
Póliza de Seguro (vida, entierro)	\$	
Fondos para Entierros	\$	
Otro (explique que clase de recurso):	\$	

¿Ha transferido o regalado algunos recursos? SI NO

¿Ha invertido en anualidades? SI NO

Si lo hizo, que _____ y que cantidad: \$ _____

Transferido a: _____ Fecha transferido: _____

Tenga cauto de que por virtud de la provisión de asistencia medica para el cuidado institucional bienes comprados/inversiones (tipo de aseguransa de por vida) que se compran después o el 8 de Febrero, 2006 tiene que nombrar al Estado de Nevada como beneficiario restante.:

JINC	INGRESOS	OINC	UNIN
-------------	-----------------	-------------	-------------

	CANTIDAD
Beneficios del Seguro Social	\$
Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)	\$
Retiro/Pensión	\$
Beneficios de Veteranos	\$
Ingresos de Esposo/Esposa (anote que clase de ingreso):	\$
Otro (sueldos, regalos, etc.) (explique que clase):	\$

RENTA	INGRESO	GASTOS DE VIVIR DEL ESPOSO/A	UTIL
Gastos del Hogar (renta, hipoteca, impuestos, seguro, utilidades)		CANTIDAD	
Anote clase de gastos:		\$	
		\$	
		\$	

AREP	GASTOS MEDICOS	MEDX
Gastos de Seguro (Explique que clase de seguro):	CUENTA TOTAL / VALOR	FRECUENCIA DE PAGO
	\$	
Cuentas medicas del cliente (no pagadas por Medicaid):	\$	
	\$	
	\$	

Si usted tiene otros cambios no cubiertos arriba, por favor descríbalos en el área de abajo. Si usted (o su esposo/a) han recibido cualquier ingreso adicional, o recursos no anotados en esta forma, por favor descríbalos abajo y provea verificación. Si usted quiere nombrar un representante autorizado (A/R), o si usted quiere nombrar a una persona diferente como su representante autorizado, por favor marque esta caja . Su trabajador le enviara un documento para registrar su cambio. Tiene que ser completado y regresado para poder hacer los cambios de representante en su caso.

DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y PENALIDADES

Cuando hizo su aplicación, usted firmo una copia de sus derechos y obligaciones. Estos requisitos continúan aplicando. Usted puede contactar su oficina local por una copia de estas provisiones.

Regulaciones Federales ahora requiere los Números de Seguro Social (SSNs) para todos los individuales recibiendo o los que quieren recibir asistencia. Si usted o un individual en su hogar esta solicitando para asistencia y no quiere proveer o aplicar para un SSN, esta persona solicitando para asistencia será negado/a. Indocumentados o ciudadanos no calificados o inelegibles y personas no aplicando o personas no elegibles no serán requeridos proveer o aplicar para un SSN. Los SSN se utilizan para verificar las entradas de ingresos y recursos de su familia, y para hacer comparaciones por computadora con otras agencias tal como la Administración de Seguro Social, la División de Seguridad de Empleo, el Programa Esforzar Manutención para Niños y el Servicio de Recaudación Interna. También se utilizan para captar información acerca de trabajadores, investigaciones, para recaudar beneficiaos sobrepagados y para asegurar que no se obtengan beneficios decuplicados.

FIRMA(S) Y DECLARACIONES

Yo/Nosotros hemos leído (o tuvimos explicado a mi/nosotros) y entendemos la información en ambos lados de esta forma de reviso de elegibilidad. Yo/Nosotros declaramos bajo penalidad de perjurio, la información Yo/Nosotros damos en este reviso es verdad, correcta y completa a lo mejor de mi/nuestro conocimiento.

NOTA: Falla de regresar esta forma afectara su elegibilidad para beneficios.

FIRMA DEL CLIENTE	NUMERO DE TELEFONO	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NUMERO DE TELEFONO	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR		FECHA