

Información Adicional para Medicaid:



Este formulario es un suplemento a los formularios de solicitud de Medicaid KHBE I-10 e I-11. Este documento agrega preguntas complementarias sobre el beneficio que no están incluidas en la copia impresa de Medicaid.

Primer Nombre: _____ Apellidos: _____ Solicitud/Caso # _____

Preferencia de Organización de Atención Médica Administrada:

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aetna Better Health of KY | <input type="checkbox"/> Humana CareSource | <input type="checkbox"/> WellCare |
| <input type="checkbox"/> Anthem | <input type="checkbox"/> Passport | <input type="checkbox"/> Otra |

Información de Discapacidad:

¿Tiene enfermedad renal terminal? Sí NO

¿La persona está recibiendo alguno de los siguientes beneficios?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Black Lung</i> (Pulmón negro) | <input type="checkbox"/> <i>Railroad Retirement</i>
(Jubilación ferroviaria) | <input type="checkbox"/> VA (Departamento de Asuntos de Veteranos) |
| <input type="checkbox"/> <i>Lifetime Worker's Compensation</i>
(Compensación a trabajadores de por vida) | <input type="checkbox"/> <i>Social Security</i> (Seguro Social) | <input type="checkbox"/> <i>Worker's Compensation</i>
(Compensación a trabajadores) |

Información de Dónde y Con Quién Vive:

¿Dónde vive actualmente?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela | <input type="checkbox"/> Hogar de cuidados familiares | <input type="checkbox"/> Base militar |
| <input type="checkbox"/> Persona en situación sin hogar crónica | <input type="checkbox"/> Vida en grupo | <input type="checkbox"/> Hogar de cuidados personales |
| <input type="checkbox"/> Residencia estudiantil / Alojamiento en campus | <input type="checkbox"/> Hogar de transición | <input type="checkbox"/> PRTF – Centro Residencial de Tratamiento Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Centros de tratamiento para alcohol y adicción a drogas | <input type="checkbox"/> Sin hogar o refugio para personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Situación de custodia de emergencia | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Refugio para mujeres y niños maltratados |
| | <input type="checkbox"/> Encarcelado | <input type="checkbox"/> Hogar de otra persona |
| | <input type="checkbox"/> En hogar | <input type="checkbox"/> Vive en otro lugar por motivos laborales |
| | <input type="checkbox"/> Programa <i>Job Corps</i> | |
| | <input type="checkbox"/> Centro de cuidados a largo plazo | |

¿Qué clase de atención en el hogar recibe?

- MFP – El dinero sigue a la persona Servicios de *Hospice* no en una institución
 No aplica *Waiver* (Exención)

Fecha de liberación del encarcelamiento: _____ Nombre de la institución: _____

Educación y Asistencia a Escuela:

¿Cuál es el nivel más alto de educación completado?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> 10.º grado |
| <input type="checkbox"/> 1.º grado | <input type="checkbox"/> 11.º grado |
| <input type="checkbox"/> 2.º grado | <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria |
| <input type="checkbox"/> 3.º grado | <input type="checkbox"/> GED (Diploma General de Educación) |
| <input type="checkbox"/> 4.º grado | <input type="checkbox"/> Título técnico obtenido |
| <input type="checkbox"/> 5.º grado | <input type="checkbox"/> Título de licenciado obtenido |
| <input type="checkbox"/> 6.º grado | <input type="checkbox"/> Título de posgrado obtenido (maestría o superior) |
| <input type="checkbox"/> 7.º grado | <input type="checkbox"/> Otras credenciales (título, certificado, diploma de escuela no privada) |
| <input type="checkbox"/> 8.º grado | <input type="checkbox"/> Ninguna educación formal (menos que edad escolar, Head Start, preescolar) |
| <input type="checkbox"/> 9.º grado | |

Información Adicional para Medicaid:

¿En qué fecha se graduó? (permitido estimar) _____
¿Está inscrito actualmente en la escuela? SÍ NO
Nombre de la escuela: _____

Información de Beneficios:

¿Usted ha solicitado beneficios de *SSI* (Seguridad de Ingreso Suplementario)? SÍ NO
Estatus de solicitud
 Rechazado Apelación pendiente Solicitud pendiente
¿Cuándo solicitó los beneficios de *SSI*? _____

Seleccione los beneficios que ha solicitado:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pulmón negro | <input type="checkbox"/> RSDI – Seguro para Jubilación, Viudez y Discapacidad | <input type="checkbox"/> Compensación del VA (Dpto. de Asuntos de Veteranos) |
| <input type="checkbox"/> IRA a los 59 y ½ años | <input type="checkbox"/> UMWA – Trabajadores Mineros Unidos de América | <input type="checkbox"/> Pensión del VA |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte A | <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo | <input type="checkbox"/> Wilson Fish |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte B | | <input type="checkbox"/> Compensación a trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Jubilación ferroviaria | | |

Información de Pago por Accidente/Lesión:

¿Usted o alguna persona en el hogar esperan un pago de liquidación para indemnizar un accidente o lesión? SÍ NO

Detalles de Medicare:

¿Alguien en el hogar recibe actualmente o recibió beneficios de Medicare en los últimos 3 meses? SÍ NO

Preguntas Sobre Recursos:

Recurso líquido – ¿Alguien en su hogar tiene recursos líquidos? SÍ NO
Vehículo – ¿Alguien en el hogar tiene un vehículo? SÍ NO
Seguros de vida – ¿Alguien en el hogar tiene seguro de vida? SÍ NO
Bienes inmuebles – ¿Alguien en el hogar tiene algún bien inmueble que no sea la vivienda propia? SÍ NO
Anualidad – ¿Alguien en el hogar tiene una o más anualidades? SÍ NO
Fideicomiso – ¿Alguien en el hogar tiene un fideicomiso? SÍ NO
Contrato de funeral pre-acordado – ¿Alguien en el hogar tiene un contrato de funeral pre-acordado? SÍ NO
Fondos para entierro – ¿Alguien en su hogar tiene fondos para entierro? SÍ NO
Pagarés o contratos de compraventa – ¿Alguien en el hogar tiene un pagaré o un contrato de compraventa? SÍ NO
Otros recursos – ¿Alguien en el hogar tiene algún otro recurso como derechos de petróleo o minería, línea de crédito con la vivienda como garantía, hipoteca revertida u otras inversiones? SÍ NO

Información Adicional para Medicaid:

Derecho real de por vida – ¿Alguien en el hogar tiene interés por derecho real de por vida en una propiedad o ha transferido un acuerdo por derecho real de por vida? SÍ NO

Acuerdos de cuidados de por vida – ¿Alguien en el hogar tiene un acuerdo de cuidados de por vida? SÍ NO

Póliza de sociedad calificada para cuidados a largo plazo – ¿Alguien en el hogar tiene una póliza de sociedad calificada para cuidados a largo plazo? SÍ NO

Terrenos para entierro – ¿Alguien en el hogar tiene terrenos para entierro? SÍ NO

Contrato de *life settlement* – ¿Alguien en el hogar tiene un contrato para vender un seguro de vida? SÍ NO

Información de Gastos:

¿El hogar tiene gastos médicos o paga por primas de Medicare Parte D? SÍ NO

¿Una persona anciana, ciega o con discapacidad en el hogar tiene gastos médicos? SÍ NO

¿El hogar tiene gastos por deducciones de impuestos? SÍ NO

Información del Empleador:

Empleador: _____

Dirección: _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono del empleador

Información Sobre Cobertura de Atención de Salud y Beneficios:

¿Alguien en su hogar tiene actualmente cobertura de atención de salud, incluida cobertura dental o de la vista, que no sea Medicaid, KCHIP o Medicare? SÍ NO

Nota: *Proporcionar cobertura médica no afectará su elegibilidad para Medicaid.*

¿Cuál es la fuente de cobertura de atención de la salud?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solo cáncer | <input type="checkbox"/> Seguro de padre/madre que no tiene la custodia | <input type="checkbox"/> Seguro médico complementario | <input type="checkbox"/> Plan de Salud para Jubilados |
| <input type="checkbox"/> CHAMPVA – Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de Veteranos | <input type="checkbox"/> Seguro a través del empleador, incluido empleador del padre/madre | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> TRICARE |
| <input type="checkbox"/> COBRA | <input type="checkbox"/> Kentucky Access | <input type="checkbox"/> <i>Peace Corps</i> (Cuerpo de Paz) | <input type="checkbox"/> <i>United Mine Workers</i> (Sindicato de Mineros Unidos) |
| <input type="checkbox"/> Solo dental | <input type="checkbox"/> Seguro de atención a largo plazo | <input type="checkbox"/> Solo farmacia | <input type="checkbox"/> VA (beneficio de salud para veteranos) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas | | <input type="checkbox"/> Seguro médico privado | <input type="checkbox"/> Solo visión |

Información Adicional para Medicaid:

¿Qué tipo de cobertura es esta?

- Dental Hospital Médica Visión

¿El titular de la póliza es un miembro del caso?

- SÍ NO

¿Quién es el titular de la póliza? _____

Pérdida de Cobertura Médica:

¿Alguien en su hogar perdió la cobertura de atención de salud en los últimos 90 días? Incluya en su respuesta la pérdida de Medicaid o KCHIP. Nota: Por favor indique cualquier pérdida de cobertura en los últimos 90 días aunque la persona tiene cobertura actualmente.

- SÍ NO

¿Fecha en que se perdió cobertura? _____

¿Tipo de cobertura que se perdió?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solo cáncer | <input type="checkbox"/> Seguro de padre/madre que no tiene la custodia | <input type="checkbox"/> Seguro médico complementario | <input type="checkbox"/> Plan de Salud para Jubilados |
| <input type="checkbox"/> CHAMPVA – Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de Veteranos | <input type="checkbox"/> Seguro a través del empleador, incluido empleador del padre/madre | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> TRICARE |
| <input type="checkbox"/> COBRA | <input type="checkbox"/> Kentucky Access | <input type="checkbox"/> <i>Peace Corps</i> (Cuerpo de Paz) | <input type="checkbox"/> <i>United Mine Workers</i> (Sindicato de Mineros Unidos) |
| <input type="checkbox"/> Solo dental | <input type="checkbox"/> Seguro de atención a largo plazo | <input type="checkbox"/> Solo farmacia | <input type="checkbox"/> VA – (beneficio de salud para veteranos) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas | <input type="checkbox"/> Medicaid/KCHIP | <input type="checkbox"/> Seguro médico privado | <input type="checkbox"/> Solo visión |

¿Motivo por el que se perdió cobertura?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Debido a discapacidad a largo plazo | <input type="checkbox"/> Finalizó Medicaid o KCHIP | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Divorcio y el otro padre/madre interrumpió cobertura | <input type="checkbox"/> Se mudó y no había cobertura disponible | <input type="checkbox"/> Falleció padre/madre que daba cobertura |
| <input type="checkbox"/> Fraude | <input type="checkbox"/> No pago | <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de empleo | <input type="checkbox"/> Demasiado costoso | |

¿Hay alguna persona en su hogar que tiene facturas médicas de los últimos tres meses y necesita ayuda para pagarlas? Por facturas médicas entendemos el monto que tiene que pagar por:

- visitas al médico o al dentista
- audífonos, anteojos u otros dispositivos médicos durables
- medicamentos con receta médica
- visitas al hospital
- primas de seguro médico, tarifas, copagos, deducibles y otros pagos
- transporte a citas médicas

- SÍ NO

Información Adicional para Medicaid:

Información del Representante Autorizado:

Nota: Los beneficios pueden estar pendientes hasta que la documentación sea proporcionada y revisada por el DCBS para un Representante Autorizado. Complete la solicitud, ejecute la elegibilidad y actualice los RFI según se proporcione la información.

¿Quiere elegir uno o más representante autorizados? SÍ NO

Nombre

completo: _____

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Apellidos

Sufijo

¿Cuál es la relación de esta persona con usted?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Albacea | <input type="checkbox"/> Representante de centro de cuidados de enfermería | <input type="checkbox"/> Poder notarial |
| <input type="checkbox"/> Miembro de la familia (no cónyuge) | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Entidad externa (intercesores del paciente) | <input type="checkbox"/> Receptor reglamentario del beneficio |
| <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Padre/Madre de un menor | <input type="checkbox"/> Empleado de centro de tratamiento |

¿Su representante autorizado pertenece a una organización que le ofrece ayuda? SÍ NO

Denos información sobre los permisos que quiere darle a su representante autorizado.

Programa

- KTAP (Asistencia Monetaria)
- Medicaid/KCHIP/Kentucky HEALTH/KI-HIPP

- SNAP (Asistencia Alimentaria)

- Suplemento Estatal

Nivel de permiso

- Presentar solicitud, informar cambio, recertificar
- Presentar solicitud, informar cambio, recertificar y recibir cheques
- Presentar solicitud, informar cambio, recertificar y recibir cheques emitidos al cliente
- Presentar solicitud, informar cambio, recertificar y recibir copia de avisos
- Presentar solicitud, informar cambios, recertificar y usar tarjeta EBT
- Beneficiario de Suplementación Estatal
- Usar tarjeta EBT

¿Cómo podemos comunicarnos con su representante autorizado?

Dirección: _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono

Email

Assisters (Asesores):

¿Hay un Apéndice B adjunto? SÍ NO

Nota: Los asesores todavía deberán completar el Apéndice B o llamar a la Línea de Servicio Profesional para estar asociados al caso.

