



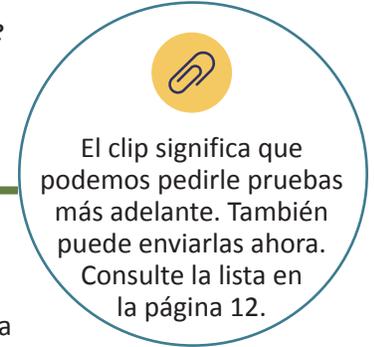
Complemento

de la Solicitud de asistencia médica para **Familias con Hijos Menores de edad**

Este formulario no es una solicitud válida por sí misma.

¡Postúlese más rápido en línea! Visite ApplyforKanCare.ks.gov.

Este formulario está destinado a los solicitantes que ya llenaron la *Solicitud de Asistencia Médica* para **Familias con Hijos** pero necesitan ayuda en el marco de nuestros programas de asistencia médica para **Adultos Mayores y Personas con Discapacidad**.



A Coméntenos sobre el solicitante principal

El solicitante principal es la persona que necesita asistencia médica. Si la persona que necesita asistencia médica es un/a menor, entonces el solicitante principal es el padre o la madre del menor o el jefe de familia. Donde se lee "Usted mismo" o "Usted" también se refiere al solicitante principal.

Solicitante principal: Usted mismo (o padre, madre o jefe de familia si el solicitante es menor de edad)

Su nombre

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Otros nombres usados (como el apellido de soltera)

Su información de contacto

Dirección **residencial**

Dirección **postal** (si es diferente de la dirección **residencial**)

Ciudad

Estado

Ciudad

Estado

Condado

Código postal

Condado

Código postal

Marque aquí si no tiene dirección residencial. Aun así tiene que proporcionar una dirección postal.

Teléfono de casa

____-____-____

Teléfono del trabajo

____-____-____

Por ley, debemos mantener su información en privado. Solo utilizaremos la información de su solicitud para saber si usted cumple con los requisitos para recibir asistencia médica.

Disponemos de intérpretes gratuitos si necesita ayuda en otros idiomas.



العربية / ARABIC

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-792-4884 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-792-4292).

မြန်မာ / BURMESE

သတိပြုရန် - အ ယ့်၍ သင်သည် မြန်မာစ ဘာသာစ ဘာသာစ ဘာသာစ အူအည်၊ အခပဲ့၊ သင့်အတွ် စီစဉ်ဆောင်ရွ်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

中文 / 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 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292)。

فارسی / FARSI

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292) تماس بگیرید.

FRANÇAIS / FRENCH

Attention: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-792-4884 (ATS : 1-800-792-4292).

DEUTSCHE / GERMAN

Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292).

HMOOB / HMONG

Lus Ceev: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292).

日本語 / 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。1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 / KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292) 번으로 전화해 주십시오.

한국어 / LAO

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮັບໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292).

РУССКИЙ / RUSSIAN

Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-792-4884 (телетайп: 1-800-792-4292).

ESPAÑOL / SPANISH

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292).

SWAHILI

Kumbuka: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292).

TAGALOG

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292).

TIẾNG VIỆT / VIETNAMESE

Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-792-4884 (TTY: 1-800-792-4292).

B Coméntenos acerca de usted y de quiénes viven en su hogar

- Empiece por usted mismo (el solicitante principal; o padre, madre o jefe de familia si el solicitante es menor de edad).
- Hay espacio en esta solicitud para 3 personas. Si hay más de 3 personas en su hogar, saque suficientes copias de las **páginas 3-7** antes de llenarlas. Use las copias para las personas 4, 5, 6 y así sucesivamente. Adjunte las copias a su solicitud.

Persona 1: Usted	Persona 2	Persona 3
Nombre	Nombre	Nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido
¿Cuál es la relación de cada persona con usted?		
La persona 1 es mi: Titular	La persona 2 es mi:	La persona 3 es mi:
¿Se encontraba esta persona en un hogar en de acogida temporal en Kansas al cumplir los 18 años?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Cuál de estas opciones describe mejor el lugar en el que vive la persona?		
<input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Vive con otra persona <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida <input type="checkbox"/> Centro de enfermería o cualquier otra institución <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Vive con otra persona <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida <input type="checkbox"/> Centro de enfermería o cualquier otra institución <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Vive con otra persona <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida <input type="checkbox"/> Centro de enfermería o cualquier otra institución <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro
¿Esta persona vive fuera de casa?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
▶ En caso afirmativo, ¿por qué esta persona vive fuera de casa?		
Motivo	Motivo	Motivo
Fecha esperada de regreso (dd/mm/aaaa) / /	Fecha esperada de regreso (dd/mm/aaaa) / /	Fecha esperada de regreso (dd/mm/aaaa) / /
▶ Si se encuentra en un hospital, centro de enfermería u otra institución, ¿cuál es el nombre del centro?		
Nombre del centro	Nombre del centro	Nombre del centro
Fecha de admisión / /	Fecha de admisión / /	Fecha de admisión / /
Fecha o fecha estimada de alta (si se conoce) / /	Fecha o fecha estimada de alta (si se conoce) / /	Fecha o fecha estimada de alta (si se conoce) / /



Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

B

Persona 1 (continuación)	Persona 2 (continuación)	Persona 3 (continuación)
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Esta persona paga de su propio bolsillo los gastos médicos no cubiertos por Medicare, Medicaid o un seguro privado? De ser así, infórmenos sobre los gastos.		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Cuánto? \$	¿Cuánto? \$	¿Cuánto? \$
¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?
Describe dicho gasto:	Describe dicho gasto:	Describe dicho gasto:

La asistencia médica puede ayudar a pagar las facturas médicas y hospitalarias, las visitas al médico, los medicamentos, las primas de Medicare, la asistencia a domicilio y los cuidados en residencias de ancianos e instituciones.

▶ ¿Esta persona está solicitando asistencia médica?

No Sí No Sí No Sí

▶ **En caso afirmativo**, ¿qué tipo de asistencia médica necesita cada persona? Lea las descripciones a continuación. Marque las casillas de todos los programas que necesita cada persona. KanCare le informará si cumple los requisitos.

<input type="checkbox"/> Medicaid estándar (con tarjeta médica)	<input type="checkbox"/> Medicaid estándar (con tarjeta médica)	<input type="checkbox"/> Medicaid estándar (con tarjeta médica)
<input type="checkbox"/> HCBS (incluye centro de vida asistida)	<input type="checkbox"/> HCBS (incluye centro de vida asistida)	<input type="checkbox"/> HCBS (incluye centro de vida asistida)
<input type="checkbox"/> Centro de enfermería o cualquier otra institución	<input type="checkbox"/> Centro de enfermería o cualquier otra institución	<input type="checkbox"/> Centro de enfermería o cualquier otra institución
<input type="checkbox"/> PACE	<input type="checkbox"/> PACE	<input type="checkbox"/> PACE
<input type="checkbox"/> Solo los gastos de Medicare (ninguna otra asistencia de KanCare)	<input type="checkbox"/> Solo los gastos de Medicare (ninguna otra asistencia de KanCare)	<input type="checkbox"/> Solo los gastos de Medicare (ninguna otra asistencia de KanCare)
<input type="checkbox"/> Necesidades médicas (deducible)	<input type="checkbox"/> Necesidades médicas (deducible)	<input type="checkbox"/> Necesidades médicas (deducible)
<input type="checkbox"/> Trabajar de forma saludable	<input type="checkbox"/> Trabajar de forma saludable	<input type="checkbox"/> Trabajar de forma saludable

Tipos de asistencia médica

Los servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) están destinados a los niños con discapacidades y a los adultos que tienen una necesidad médica de servicios en la comunidad para que puedan vivir en su casa o en un centro de vida asistida.

La residencia de ancianos o cualquier otra institución está destinada a los niños con discapacidad y a los adultos que viven en una residencia de ancianos, en una institución médica o de salud mental o en un centro similar para una estancia a largo plazo.

El programa de cuidados integrales para adultos mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) está destinado a los adultos que viven en determinados condados y tienen 65 años o más o tienen una discapacidad y 55 años o más. Las personas que reúnen los requisitos necesarios obtienen una cobertura de cuidados a largo plazo a través de una red de cuidados administrados para que puedan quedarse en la comunidad.

El programa de ahorros de Medicare (gastos de Medicare) está destinado a las personas que tienen Medicare. Con este programa se pagan las primas de la Parte B de Medicare. También puede pagar los copagos y deducibles de Medicare.

Medicamento necesitado (deducible) está destinado a las personas de la comunidad que tienen una discapacidad o son mayores de 65 años. Utiliza los gastos médicos para “deducir” (reducir) sus ingresos y así poder reunir los requisitos para recibir Medicaid.

Trabajar de forma saludable está destinado a las personas con discapacidad que reúnen los requisitos necesarios. Les ayuda a conseguir o conservar la cobertura de Medicaid mientras trabajan.

D Ayuda con facturas médicas en los últimos 3 meses

Estas preguntas se refieren a las facturas médicas y al lugar donde vivió en los 3 meses anteriores al mes en el que presenta la solicitud. Por ejemplo, si usted presenta la solicitud en agosto, estas preguntas son sobre los meses de mayo, junio y julio.

Sus respuestas nos ayudan a decidir si califica para la cobertura durante esos 3 meses. También verificamos si los residentes que no son ciudadanos cumplen con los requisitos para determinados servicios de emergencia.

Responda las preguntas relativas a usted y a todos los demás solicitantes (Persona 2, Persona 3, etc.).

Persona 1 (continuación)	Persona 2 (continuación)	Persona 3 (continuación)
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Necesita esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses, incluidas las primas de Medicare?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿En los últimos 3 meses esta persona recibió atención de emergencia para salvarle la vida, los órganos o la función corporal?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha vivido esta persona en otro estado que no sea Kansas en los últimos 3 meses?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
▶ En caso afirmativo , ¿cuándo se mudó esta persona a Kansas? (mm/dd/aaaa)		
/ /	/ /	/ /

D Indique si alguien es discapacitado

Necesitamos saber si alguien en su hogar tiene una discapacidad. No compartiremos la información personal sobre la salud que se proporcione aquí. La utilizaremos únicamente para decidir la situación de discapacidad.

Persona 1 (continuación)	Persona 2 (continuación)	Persona 3 (continuación)
¿Esta persona tiene una discapacidad que durará por lo menos 12 meses o derivará en su fallecimiento?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Esta persona ha solicitado alguna vez beneficios de seguro social? En caso afirmativo , responda las siguientes preguntas.		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
▶ ¿Cuál fue el resultado de la solicitud del seguro social?		
<input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> En proceso de apelación	<input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> En proceso de apelación	<input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> En proceso de apelación
▶ Si fue denegada o está en proceso de apelación, ¿se agravó la condición existente?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
▶ Si fue denegada o está en proceso de apelación, ¿esta persona tiene una nueva discapacidad o enfermedad que el seguro social no consideró?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
En caso afirmativo , describa brevemente la discapacidad o la enfermedad.	En caso afirmativo , describa brevemente la discapacidad o la enfermedad.	En caso afirmativo , describa brevemente la discapacidad o la enfermedad.

F Cobertura de Medicare

Necesitamos información sobre todos los miembros del hogar que tienen Medicare.
Si necesita informarnos sobre más de 3 personas, saque una copia de esta página antes de llenarla.
Adjunte las copias a su solicitud.

Persona 1: Usted	Persona 2	Persona 3
Nombre completo	Nombre completo	Nombre completo
¿Esta persona tiene Medicare? En caso afirmativo , responda las siguientes preguntas.		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Número de reclamo de Medicare	Número de reclamo de Medicare	Número de reclamo de Medicare
¿Parte A de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Parte A de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Parte A de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de entrada en vigor de la Parte A (dd/mm/aaaa) / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte A (dd/mm/aaaa) / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte A (dd/mm/aaaa) / /
¿Parte B de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Parte B de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Parte B de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de entrada en vigor de la Parte B / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte B / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte B / /
¿Parte C de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Medicare Advantage)	¿Parte C de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Medicare Advantage)	¿Parte C de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Medicare Advantage)
Fecha de entrada en vigor de la Parte C / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte C / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte C / /
Monto de la prima de la Parte C \$	Monto de la prima de la Parte C \$	Monto de la prima de la Parte C \$
Nombre del plan de la Parte C	Nombre del plan de la Parte C	Nombre del plan de la Parte C
¿Parte D de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Parte D de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Parte D de Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fecha de entrada en vigor de la Parte D / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte D / /	Fecha de entrada en vigor de la Parte D / /
Monto de la prima de la Parte D \$	Monto de la prima de la Parte D \$	Monto de la prima de la Parte D \$
Nombre del plan de la Parte D	Nombre del plan de la Parte D	Nombre del plan de la Parte D



Si necesita ayuda para completar esta solicitud,
llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

G Coméntenos sobre los gastos de trabajo

¿El solicitante principal o su cónyuge tienen una discapacidad y están trabajando?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Si usted o su cónyuge es una persona discapacitada que trabaja, enumere los gastos relacionados con la discapacidad que le permiten trabajar. Esto incluye el transporte especializado para ir y venir del trabajo, el cuidado por parte de un asistente en el trabajo, el cuidado por parte de un asistente para arreglarse para el trabajo, los animales de servicio, los medicamentos y el equipo o las herramientas especializadas.

Persona 1: Usted

Su cónyuge.

¿Esta persona tiene ingresos por su trabajo?

No Sí

No Sí

► **En caso afirmativo,** enumere los gastos relacionados con la discapacidad que permiten a la persona trabajar.

Tipo de gasto	Tipo de gasto
Monto mensual \$	Monto mensual \$
Tipo de gasto	Tipo de gasto
Monto mensual \$	Monto mensual \$
Tipo de gasto	Tipo de gasto
Monto mensual \$	Monto mensual \$

H Otras fuentes de ingresos

¿El solicitante principal o su cónyuge tienen ingresos de otras fuentes distintas al empleo?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Tipo o fuente de ingreso	Nombre de la persona que percibe este ingreso	Monto	¿Con qué frecuencia?	Número de reclamo, en su caso
Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Beneficios para veteranos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Jubilación ferroviaria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Manutención <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		

I Recursos

Necesitamos información sobre los recursos del **solicitante principal** (o del padre/madre o jefe de familia si el solicitante principal es un menor) y del **cónyuge**, si tiene uno. Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales. Consulte la lista de comprobantes que necesitamos para cada uno de ellos en la **cubierta posterior**.

1. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de alguno de los recursos enumerados a continuación?

Marque No o Sí. **En caso afirmativo**, infórmenos sobre los gastos.

Si el solicitante principal o cónyuge tiene más de uno de los recursos enumerados a continuación, utilice el campo "Otro" al final de la lista para agregarlos.

Tipo de recurso	Nombre del recurso	Monto o valor	Dónde está depositado el recurso (<i>nombre del banco, unión de crédito o empresa</i>)	Número de cuenta:
Efectivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Cuenta de cheques <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Cuenta de ahorro o certificado de depósito (Certificate of Deposit, CD) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Plan de jubilación 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Cuentas de centro de enfermería <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Acciones y bonos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
 Planes funerarios y de entierro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
Parcelas de entierro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
Otro: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		
Otro: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		\$		



Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

2. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de algún vehículo?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Vehículo #1		Vehículo #2		Vehículo #3	
Año		Año		Año	
Fabricante	Modelo	Fabricante	Modelo	Fabricante	Modelo
Propietario		Propietario		Propietario	
Valor estimado \$	Monto adeudado \$	Valor estimado \$	Monto adeudado \$	Valor estimado \$	Monto adeudado \$
¿Qué uso se le da a este vehículo? <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Ambos		¿Qué uso se le da a este vehículo? <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Ambos		¿Qué uso se le da a este vehículo? <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Ambos	

3. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge un seguro de vida?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente. Puede enviar una copia de la póliza del seguro de vida. 

Titular de la póliza	Compañía de seguros	Número de póliza	Valor nominal	Valor en efectivo
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de una vivienda?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Propietarios		Domicilio de la propiedad	
Fecha de compra (dd/mm/aaaa) / /	Valor \$	Monto adeudado \$	
¿Quién vive en la casa?			
Si el propietario no vive allí, explique por qué:		Si el propietario no vive allí, ¿tiene previsto volver a su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

5. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de otros bienes inmuebles?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Describa el tipo de propiedad (edificio, terreno, segunda vivienda, etc.)		¿Esta propiedad se utiliza como vivienda de alquiler o que produce ingresos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Propietarios		Domicilio de la propiedad
Fecha de compra (dd/mm/aaaa) / /	Valor de la propiedad \$	Monto adeudado \$

6. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de un inmueble vitalicio o de un interés vitalicio en alguna propiedad?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Describa el tipo de propiedad

Propietarios		Domicilio de la propiedad	
Fecha de compra (dd/mm/aaaa) / /	Valor de la propiedad \$	Monto adeudado \$	

7. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de un fideicomiso?

No Sí **En caso afirmativo,** puede enviar una copia de su fideicomiso. 

8. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de una renta vitalicia u otra inversión similar, incluidas las emitidas como parte de un paquete de jubilación?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente. Puede enviar una copia de la renta vitalicia o de la inversión. 

Propietarios	Valor \$
Empresa	

En el caso de la asistencia de cuidados a largo plazo, el Estado de Kansas debe ser nombrado como beneficiario de cualquier renta vitalicia que posea y que haya sido comprada a partir del 8 de febrero de 2006. Recibirá más información al respecto. Al firmar la solicitud, acepta nombrar al Estado de Kansas como beneficiario (heredero) de sus rentas vitalicias.

9. ¿Hay alguien que deba al solicitante principal o a su cónyuge dinero mediante un pagaré u otros préstamos?

No Sí **En caso afirmativo,** responda lo siguiente.

Nombre de la persona que le debe dinero	¿Cuánto? \$	¿Qué tipo de préstamo? \$
--	----------------	------------------------------



Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

10. ¿Dispone el solicitante principal o su cónyuge de otros recursos (como una furgoneta, un remolque, un bote, ganado, derechos sobre el petróleo, maquinaria, etc.)?

No Sí **En caso afirmativo, responda lo siguiente.**

Recurso	Propietarios	Valor \$
Recurso	Propietarios	Valor \$

11. ¿El solicitante principal o su cónyuge solicitó un préstamo por alguna propiedad en los últimos 5 años, incluida una segunda hipoteca o una hipoteca inversa?

No Sí

12. ¿El solicitante principal o su cónyuge renunciaron alguna vez a los derechos de una herencia o testamento?

No Sí

13. ¿El solicitante principal o su cónyuge ha trabajado alguna vez con un abogado u otro profesional para la planificación testamentaria?

No Sí **En caso afirmativo, responda lo siguiente.**

Nombre del abogado	Fecha (dd/mm/aaaa) / /
--------------------	---------------------------

14. ¿El solicitante principal o su cónyuge ha vendido, intercambiado, cedido o cambiado la titularidad de alguna propiedad en los últimos 5 años? Esto incluye una casa, dinero, coches o cualquier otra propiedad.

Tipo de propiedad	Valor	Cedida o vendida a	Fecha de cambio de titularidad	Motivo por el que se cedió o vendió
	\$		/ /	
	\$		/ /	
	\$		/ /	

Comprobante de recursos



Es posible que le pidamos que envíe comprobantes de todos los recursos que declara en esta solicitud, incluidos los siguientes:

- **Cuenta de cheques, cuenta de ahorros, acciones y bonos, o CD:** Copia de su estado de cuenta más reciente
- **Planes funerarios y de entierro:** Copia del plan, incluida la factura de bienes y servicios con el comprobante de que los preparativos del funeral se establecen como irrevocables
- **Fideicomiso o renta vitalicia:** Copia del fideicomiso o de la renta vitalicia
- **Seguro de vida:** Carta de la compañía de seguros de vida en la que se verifique el propietario de la póliza, el valor nominal, el valor en efectivo y cualquier préstamo con cargo a la póliza

J Servicios basados en el hogar y la comunidad y cuidado institucional

Complete esta sección solo si las **dos** afirmaciones son verdaderas:

1. Está solicitando servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) o cuidado de una institución.

y

2. **Una o más** de estas afirmaciones es cierta:

- » Tiene un cónyuge
- » Tiene un familiar dependiente que vive con su cónyuge
- » Tiene un dependiente menor de 18 años que no vive con su cónyuge

Si en su hogar hay un cónyuge o un hijo dependiente que no figura en la Parte C y usted solicita HCBS o atención en una institución, debe incluir a esa persona en la Parte C.

¿Hay alguien en esta solicitud que viva en un centro de enfermería o en un centro de vida asistida, o que reciba esos servicios en su casa?

No Sí **En caso afirmativo, llene esta página.**

Dependientes

¿Esta persona tiene hijos menores u otros familiares que dependen de ella?

No Sí

► **En caso afirmativo, por favor llene lo siguiente:**

Nombre del dependiente	Relación con usted	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingresos mensuales de la persona	Si es un niño, ¿con quién vive?	Si el niño vive con uno de los padres, indique los ingresos mensuales de ese padre
		/ /	\$		\$
		/ /	\$		\$
		/ /	\$		\$

Gastos de vivienda

¿Esta persona tiene un cónyuge que vive en casa o en un centro de vida asistida?

No Sí

► **En caso afirmativo, enumere los gastos de vivienda del cónyuge:**

Tipo	¿Con qué frecuencia?	Monto
Alquiler o renta del lote		\$
Pago de la hipoteca		\$
Impuestos sobre la propiedad, si no están incluidos en la hipoteca		\$
Seguro de la vivienda o del inquilino, si no está incluido en el alquiler o la hipoteca		\$
Otros, incluido el pago de la comunidad de propietarios (home owners association, HOA)		\$



Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

K Leer

Antes de enviar su solicitud, debe firmarla y fecharla en la **cubierta posterior**.

Lea la siguiente información. Luego **firmé e indique la fecha** en los espacios correspondientes.

Entiendo que:

- Tengo derecho a un trato igualitario sin importar la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la condición de discapacidad, el género, la religión o las creencias políticas.
- La ley federal no permite la discriminación con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la condición de discapacidad ni el sexo. Puedo presentar una queja por discriminación en <https://kchap2.kdhe.state.ks.us/kfmam/civilrightscomplaint.asp>.
- Tengo derecho a que la información que he proporcionado se mantenga en privado, a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Algunas o todas las personas para las que presento la solicitud pueden obtener una cobertura médica similar bajo el programa de Medicaid, si califican.
- Tengo la responsabilidad de utilizar e informar sobre cualquier recurso de terceros, como seguros médicos, acuerdos judiciales, pagos para ayuda médica, fideicomisos, tutelas, etc., que puedan estar legalmente obligados a pagar alguno o todos los gastos médicos de las personas por las que presento la solicitud. Entiendo que se puede retener el pago de un servicio específico mientras se determina si no se ha utilizado un recurso de terceros.
- Cualquier pago que se me haga a través de un recurso de terceros por servicios médicos cubiertos por los programas de asistencia médica de Kansas, se utilizará para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas sólo pagarán los servicios no cubiertos por ese recurso de terceros. Acepto cooperar con la unidad de subrogación médica en la búsqueda de esos recursos de terceros.
- Si recibo asistencia médica después de los 54 años o mientras esté en una institución, puede haber un reclamo contra mi patrimonio para recuperar los gastos médicos que se pagaron a mi favor. Entiendo que mi institución financiera será notificada de cualquier reclamo pendiente.
- Tengo la responsabilidad de leer y responder con veracidad todas las preguntas de esta solicitud. Comprendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud, o si oculto información solicitada por la misma, estaré sujeto a sanciones por mis acciones.
- Tengo derecho a pedir una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia o si creo que no siguieron todas las normativas federales y estatales.
 - » La oficina debe recibir mi solicitud de audiencia en el plazo de **33 días** contados a partir de la fecha de la notificación de la decisión.
 - » Puedo solicitar la audiencia por teléfono o por correo postal:
 - Teléfono: **1-800-792-4884** (TTY **1-800-792-4292**), o
 - Correo postal: The Office of Administrative Hearings
1020 S. Kansas Ave
Topeka, KS 66612
- Puedo representarme a mí mismo en la audiencia o puedo tener a alguien que me represente. La decisión sobre la audiencia suele llegar en un plazo de 90 días contados a partir de la fecha de la solicitud de la misma.
- Si tengo una necesidad médica urgente, puedo solicitar una audiencia expedita (rápida):
 - » Debo enviar un comprobante de dicha necesidad emitido por un profesional médico junto con mi solicitud de audiencia.
 - » Si se aprueba, se programará una audiencia expedita lo antes posible.
 - » Si no se aprueba, la audiencia se programará en el tiempo habitual.

N Lea y firme (*continuación*)

- Tengo que proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) para toda persona que solicite beneficios de salud y autorizo el uso de los SSN para administrar el programa. Los SSN también se utilizarán para ubicar registros en los sistemas informáticos de otras organizaciones como bancos, la Administración de la Seguridad Social (Social Security Administration) y el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service).
- Soy responsable de proporcionar información correcta sobre los ingresos, el domicilio y la composición del hogar, así como informar sobre cualquier cambio durante el proceso de solicitud y mientras yo sea elegible.

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Entregar todo pago para la ayuda médica de todas las personas que reciban asistencia médica si los adultos del núcleo familiar califican para recibirla.
- Ayudar a los Servicios de Manutención Infantil (CSS, por sus siglas en inglés: *Child Support Services*) a determinar y hacer cumplir las órdenes de manutención necesarias si los adultos del núcleo familiar califican para recibir asistencia médica.
- Pagar la prima de *Working Healthy* (Trabajando Sano) cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser de \$0 dólares o de \$205, dependiendo de mis ingresos.

Certifico lo siguiente:

- Que todas las personas para las que solicito cobertura médica y que cumplen con los requisitos son ciudadanos estadounidenses, nacionales o extranjeros con un estatus migratorio legal. Puede que se requiera un comprobante del estatus migratorio.
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender.

Autorizo lo siguiente:

- Que los pagos conforme a este programa se hagan directamente a los médicos, proveedores de servicios médicos u organizaciones de atención médica por los servicios médicos y otros servicios de salud cubiertos.
- Que los proveedores de servicios médicos den a conocer la información médica a:
 - » División de Finanzas para la Atención de la Salud del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (Kansas Department of Health and Environment, KDHE)
 - » Departamento de Niños y Familias (Department for Children and Families, DCF)
 - » Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Kansas (Kansas Department for Aging and Disability Services, KDADS)
 - » U.S. Department of Health and Human Services
 - » Compañías aseguradoras
 - » Otros proveedores de servicios médicos contratados
- Que el KDHE, el DCF y el KDADS compartan la información médica con fines administrativos con otras agencias y contratistas.
- Bancos, uniones de crédito y todas las demás instituciones financieras para que proporcionen mi **información financiera** al KDHE, al DCF, al KDADS o a otros programas de beneficios para determinar si soy elegible. Lo permito hasta que mi solicitud sea denegada, mi elegibilidad termine o retire el permiso por escrito. Si me niego a dar el permiso o si lo retiro, mi solicitud puede ser denegada o puede que ya no sea elegible.
- A los grupos que se indican a continuación para que den a conocer al KDHE, al DCF, al KDADS o a otros programas de beneficios mi **información privada** necesaria para determinar si soy elegible:
 - » Empleadores
 - » Proveedores de servicios médicos
 - » Proveedores de seguros
 - » Proveedores de beneficios
 - » Otras personas o agencias según sea necesario

Firme y feche esta solicitud en la cubierta posterior ►



Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

N Lea y firme (continuación)

Al firmar esta solicitud, declaro que:

- He leído y comprendo las condiciones de las páginas 14-15.
- Entiendo que las leyes estatales y federales sobre la privacidad protegen toda la información que proporciono en esta solicitud.
- Esta autorización es válida a partir de la fecha de esta solicitud, que figura más adelante.
- Una copia de esta página de firma es tan válida como la original.

El solicitante principal debe firmar aquí

Fecha



Otro adulto que presenta la solicitud, como uno de los padres o un cónyuge, puede firmar aquí (opcional):

Fecha



Si el solicitante principal no puede firmar o firmó con una "X", pídale a un primer testigo que firme aquí:

Fecha



Si el solicitante principal no puede firmar o firmó con una "X", pídale a un segundo testigo que firme aquí:

Fecha



El representante médico puede firmar aquí (en su caso)

Fecha



L Envíe su solicitud llenada y firmada por correo postal o por fax a:

KanCare Clearinghouse
P.O. Box 3599
Topeka, KS 66601-9738
Fax: 1-844-264-6285



Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al **1-800-792-4884** (TTY 1-800-792-4292). La llamada es gratuita.

Si no están registrados para votar donde viven ahora, ¿alguien en su hogar desea registrarse el día de hoy para votar?

Sí No



- Sus respuestas no afectarán la asistencia que pueda recibir de esta agencia.
- Si marcó que **sí**, le enviaremos un formulario de registro de votantes. **Si** quiere, podemos brindarle ayuda para llenarlo. O puede llenar el formulario en privado.
- Si cree que alguien ha interferido con:
 - su derecho a registrarse o no registrarse para votar
 - su derecho a la privacidad al decidir o hacer su solicitud para registrarse para votar
 - su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, entonces puede presentar una queja por correo postal por teléfono:

Por correo postal
Kansas Secretary of State
Memorial Hall
120 SW 10th Avenue
Topeka, KS 66612-1594

Por teléfono
1-800-262-8683