



Suplemento de la Solicitud

para KC1100

Agency Use Only
Outstationed Worker <input type="checkbox"/>

<p>¿Quién puede utilizar este suplemento?</p>	<p>Este formulario es para aquellos solicitantes que ya han completado una solicitud para familias con niños, pero necesitan ayuda bajo nuestros programas médicos para ancianos y personas discapacitadas.</p> <p>Esto formulario no es en si mismo una solicitud válida.</p>
<p>En la página 2 de esta solicitud se le pedirá que indique qué tipo de ayuda desea para cada miembro de su grupo familiar. Abajo está listada la definición de cada tipo de cobertura. Por favor consúltelas al responder.</p>	
<p>Working Healthy</p>	<p>Este programa es para personas discapacitadas o ciegas de entre 16 y 64 años de edad y que están trabajando. En base al nivel de ingresos, se requiere que algunas personas paguen una prima mensual.</p>
<p>Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)</p>	<p>Este programa es para personas que tienen una necesidad médica de servicios en la comunidad que pueden evitar que deban estar en una institución. Existen actualmente 7 programas de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), cada uno con un grupo diferente de normas. En base al nivel de ingresos, algunas personas son responsables de pagar una parte de los costos de su atención.</p>
<p>Asilo de Ancianos</p>	<p>Esta categoría de cobertura es para personas que residen en un asilo de ancianos o institución similar durante un período prolongado. En base al nivel de ingresos, algunas personas son responsables de pagar una parte de los costos de su atención en la institución.</p>
<p>Niño en una Institución</p>	<p>Este programa es para niños hasta la edad de 21 años que están residiendo en una institución durante períodos prolongados. En base al nivel de ingresos, los niños en este programa podrían ser responsables de pagar una parte de los costos de su atención en la institución.</p>
<p>Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (PACE)</p>	<p>Este programa es para personas discapacitadas (de 55 años de edad o más) y personas de 65 años de edad o más que residen en algunos condados seleccionados dentro del estado. Las personas reciben cobertura de atención a largo plazo a través de una red de cuidados administrados. Las pautas de HCBS aplican a personas que viven en la comunidad y las pautas institucionales aplican a aquellas que viven en una institución. En base al nivel de ingresos, algunas personas son responsables de pagar una parte de los costos de su atención.</p>
<p>Programa de Ahorros Medicare</p>	<p>Este programa es para personas que tienen Medicare. Este programa paga las primas de la Parte B y también podría pagar los copagos y deducibles de Medicare.</p>

A. Díganos porqué está presentando la solicitud
 Para ayudarnos a cubrir mejor sus necesidades, díganos porqué está presentando la solicitud:

--

B. Díganos acerca del Solicitante Principal:
 El solicitante principal es la persona que necesita asistencia médica.

Su Nombre: (Primero, Segundo, Apellido)		Otros nombres utilizados:	
Domicilio del Hogar:		Domicilio Postal (Si es diferente)	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Condado:	Código Postal:	Condado:	Código Postal:
<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted no tiene un domicilio. Aún así usted deberá proporcionar un domicilio de correo.			
Teléfono del Hogar: () -		Teléfono del Trabajo: () -	

C. Díganos Acerca de Usted y de las Personas en su hogar
 Lístese usted y todas las personas en el grupo familiar. Incluya a aquellas personas que están temporalmente fuera del hogar y a aquellas que viven en el hogar incluso si no está presentando una solicitud para ellas. Si tiene más de 3 personas en su hogar, por favor adjunte otra hoja de papel y envíela con su solicitud.

	Persona 1 Usted	Persona 2	Persona 3
Primer Nombre			
Segundo Nombre			
Apellido			
¿Cómo está esta persona relacionada con otros miembros del grupo familiar	La persona 1 es mi:	<i>Yo mismo - Persona 1</i>	
	La persona 2 es mi:		<i>Yo mismo - Persona 2</i>
	La persona 3 es mi:		<i>Yo mismo - Persona 3</i>
¿Está esta persona solicitando asistencia médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿necesita esta persona alguno de estos tipos especiales? (consulte la página 1 para descripciones de los programas)	<input type="checkbox"/> Working Healthy <input type="checkbox"/> HCBS <input type="checkbox"/> Asilo de Ancianos <input type="checkbox"/> Niño en una Institución <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Costos de Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/> Working Healthy <input type="checkbox"/> HCBS <input type="checkbox"/> Asilo de Ancianos <input type="checkbox"/> Niño en una Institución <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Costos de Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/> Working Healthy <input type="checkbox"/> HCBS <input type="checkbox"/> Asilo de Ancianos <input type="checkbox"/> Niño en una Institución <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Costos de Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno de estos

Personas 1, 2, y 3 (continuación)




Por favor continúe y responda las preguntas acerca de Usted mismo, la Persona 2 y la Persona 3. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 1 Usted	Persona 2	Persona 3
Primer Nombre y Apellido			
¿Necesita esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses (incluso primas de Medicare)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuáles de las siguientes describe mejor la situación actual de vivienda de esta persona?	<input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Vive con otra persona <input type="checkbox"/> Vida Asistida <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Enfermería u otra institución <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Vive con otra persona <input type="checkbox"/> Vida Asistida <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Enfermería u otra institución <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Vive con otra persona <input type="checkbox"/> Vida Asistida <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Enfermería u otra institución <input type="checkbox"/> Otra
¿Está esta persona viviendo fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así ¿por qué está esta persona viviendo fuera del hogar?			
Fecha esperada de regreso	/ /	/ /	/ /
Si se encuentra en un hospital, centro de enfermería u otra institución, ¿cuál es el nombre de la institución?			
Fecha de Admisión	/ /	/ /	/ /
Fecha de Alta	/ /	/ /	/ /
¿Ha estado usted alguna vez en un hospital o centro de enfermería durante más de 30 días seguidos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿cuándo? (MM/DD/AA hasta MM/DD/AA)			
¿Ha prestado esta persona servicios en el ejército?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Es esta persona el cónyuge o viudo/a de alguien que prestó servicios en el ejército?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuál es el número del expediente de la Administración de Veteranos (VA) de esta persona?			
¿Paga esta persona gastos médicos? (que no sean primas de Medicare)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuál es el monto de los gastos?	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia?			
Describe el gasto:			

D. Díganos Si Usted Está Discapacitado

Necesitamos saber si alguna persona en su grupo familiar tiene una discapacidad. Nota: La Información Personal de Salud divulgada aquí solo será utilizada para decidir su condición de discapacidad y no será compartida con otras personas.

Por favor continúe y responda las preguntas acerca de Usted mismo, la Persona 2 y la Persona 3. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 1 Usted 	Persona 2 	Persona 3 
Primer Nombre y Apellido			
¿Tiene esta persona una discapacidad que durará al menos 12 meses o que resultará en muerte?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Ha solicitado esta persona Beneficios del Seguro Social alguna vez?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Fue denegada la solicitud?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿cuándo?			
¿Está la denegación bajo apelación?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿cuál es la situación?			
¿Ha empeorado la afección existente desde la denegación del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, explique			
¿Tiene esta persona una discapacidad o afección nueva que el Seguro Social no observó?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, describa brevemente la discapacidad			
¿Está un abogado o alguien más ayudando a esta persona con la solicitud del Seguro Social para beneficios de discapacidad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, liste el nombre de la persona y organización			
Número de teléfono de la persona o de la organización			

De ser así, responda las preguntas abajo.

E. Información de Medicare						
Responda las preguntas más abajo para todas las personas que tienen Medicare.						
	Persona 1 Usted		Persona 2		Persona 3	
Nombre						
¿Tiene esta persona Medicare? De ser así, responda las preguntas abajo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Número de Reclamo Medicare						
¿Medicare Parte A?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Fecha de Entrada en Vigencia Parte A	/ /		/ /		/ /	
Monto de Prima Parte A	\$		\$		\$	
¿Medicare Parte B?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Fecha de Entrada en Vigencia Parte B	/ /		/ /		/ /	
Monto de Prima Parte B	\$		\$		\$	
¿Medicare Parte C? (Medicare Advantage)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Fecha de Entrada en Vigencia Parte C	/ /		/ /		/ /	
Monto de Prima Parte C	\$		\$		\$	
Nombre del Plan Parte C						
¿Medicare Parte D?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Fecha de Entrada en Vigencia Parte D	/ /		/ /		/ /	
Monto de Prima Parte D	\$		\$		\$	
Nombre del Plan Parte D						

F. Díganos acerca de sus Gastos de Trabajo						
Si usted está discapacitado y trabajando, liste cualquier gasto relacionado con su discapacidad que le permite trabajar. Algunos ejemplos: transporte especial hacia y desde el trabajo, ayuda de cuidado personal o para ayudarle a usted a alistarse para el trabajo, animales de servicio, medicaciones, equipamiento o herramientas especializadas.						
	Persona 1 Usted		Persona 2		Persona 3	
¿Tiene esta persona ingresos del trabajo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
De ser así, liste cualquier gasto relacionado con su discapacidad que le permite trabajar.	Tipo de Gasto	Monto Mensual	Tipo de Gasto	Monto Mensual	Tipo de Gasto	Monto Mensual
		\$		\$		\$
		\$		\$		\$
		\$		\$		\$

G. Díganos acerca de sus Recursos

Necesitamos saber acerca de sus recursos para decidir si usted puede recibir beneficios.

1. Responda las preguntas abajo. Marque No o Si en cada artículo. De ser así, proporcione detalles acerca del recurso.

Tipo de Recurso		Nombre(s) en el Recurso	Monto o Valor	¿Donde está Guardado el Recurso? (Nombre del Banco, Cooperativa de Crédito o Compañía)	Número de Cuenta
Efectivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Certificado de Depósito (CD por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Plan Jubilatorio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Cuentas de Centro de Enfermería	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Acciones y Bonos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Planes de Funeral o Sepultura	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Parcelas para Sepultura	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Otro: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				

2. ¿Tiene alguien en su grupo familiar un vehículo? No Si De ser así, complete lo siguiente.

	Vehículo N° 1	Vehículo N° 2	Vehículo N° 3
Año			
Marca			
Modelo			
Propietario			
Valor Estimado	\$	\$	\$
Monto Adeudado	\$	\$	\$
¿Está registrado en Kansas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cómo utiliza usted el vehículo?			

3. **¿Tiene alguien en su grupo familiar seguro de vida?** No Si De ser así, complete lo siguiente.
Incluya copias de todas las pólizas.

Propietario de la Póliza	Compañía de Seguro	Número de la Póliza	Valor Nominal	Valor en Efectivo
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. **¿Alguien en su grupo familiar es propietario de una casa?** No Si De ser así, complete lo siguiente.

Propietarios		Domicilio			
Fecha de Compra	/ /	Valor	\$	Monto Adeudado	\$
¿Quién vive en el hogar?					
Si el propietario no vive allí, explique por qué:					
Si el propietario no vive allí, ¿Tiene intenciones el propietario de regresar al hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
De ser así, ¿cuándo?					

5. **¿Posee alguien en su grupo familiar otros bienes inmuebles** (incluyendo edificios, lotes, tierras para cultivos, segunda vivienda)? No Si De ser así, complete lo siguiente.

Describa la Propiedad					
¿Es esta propiedad utilizada como propiedad en alquiler o para producir ingresos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
Propietarios		Domicilio			
Fecha de Compra	/ /	Valor	\$	Monto Adeudado	\$

6. **¿Tiene alguien en su grupo familiar usufructo vitalicio o interés del usufructo en alguna propiedad?**
 No Si

De ser así, complete lo siguiente:

Describa la Propiedad					
Propietarios		Domicilio			
Liste la fecha de creación del usufructo vitalicio	/ /	Valor de la Propiedad	\$		

7. **¿Tiene alguien en su grupo familiar un fideicomiso?** No Si De ser así, complete lo siguiente.

Tipo		Propietarios		Monto	\$
Propósito					

8. ¿Tiene alguien en su grupo familiar una pensión vitalicia u otra inversión similar, incluso aquellas emitidas como parte de un paquete jubilatorio? No Si De ser así, complete lo siguiente.

Propietarios		Valor	
Compañía			

Nota: Para asistencia para Cuidado a Largo Plazo, el Estado de Kansas debe ser nombrado como beneficiario de cualquier pensión vitalicia que usted posea y haya sido comprada en o después del 8 de Febrero de 2006. Se le proporcionará más información acerca de este proceso. Usted acepta realizar esta cesión cuando firma la solicitud.

9. ¿Le debe alguien dinero a usted mediante un pagaré u otros préstamos? No Si

De ser así, explique _____

10. ¿Tiene alguien en su grupo familiar otros bienes (como ser un vehículo recreativo, remolque, botes, ganadería, derechos de minería, maquinaria, etc.)? No Si De ser así, complete lo siguiente.

Describa el Bien			
Propietarios		Valor	\$
Describa el Bien			
Propietarios		Valor	\$

11. ¿Han usted o su cónyuge tomado un préstamo contra cualquier propiedad en los últimos cinco años, incluyendo una segunda hipoteca o hipoteca revertida? No Si

12. ¿Han usted o su cónyuge renunciado alguna vez a derechos de una herencia o testamento? No Si

13. ¿Han usted o su cónyuge trabajado alguna vez con un abogado para fines de Planificación Patrimonial y de Sucesión?

No Si De ser así, complete lo siguiente.

Nombre del Abogado		Fecha	/ /
--------------------	--	-------	-----

14. ¿Ha usted o su cónyuge vendido, negociado, regalado o modificado la posesión de cualquier propiedad como ser una casa o dinero o cualquier otra propiedad en los últimos 5 años? No Si De ser así, complete lo siguiente.

Fecha en la que Fue Modificada la Posesión	Tipo de Propiedad	Valor	¿Entregada/Vendida a?	Propósito
/ /		\$		
/ /		\$		
/ /		\$		
/ /		\$		
/ /		\$		

H. Díganos Acerca de Sus Dependientes y Gastos del Grupo Familiar

Complete esta sección solamente si está solicitando HCBS o cuidados institucionales Usted tal vez pueda proteger una parte o la totalidad de sus propios ingresos para sus dependientes. Si usted tiene un cónyuge o un niño menor de edad que es parte de su grupo familiar y acerca del cual todavía no nos ha contado, vuelva a **Sección C** y responda las preguntas.

Dependientes					
Si usted tiene niños menores de edad que no viven con usted o tiene otro miembro de la familia que depende de usted, por favor complete lo siguiente:					
Nombre de la Persona	Relación con usted	Fecha de Nacimiento	Ingresos mensuales de la persona	Si es un niño, ¿con quién vive el niño?	Si es un niño y vive con otro padre, liste los ingresos mensuales del padre
		/ /	\$		\$
		/ /	\$		\$
		/ /	\$		\$
Gastos del Grupo Familiar					
Liste abajo los gastos mensuales de vivienda para el cónyuge en el hogar.					
Tipo de Gasto			¿Con qué Frecuencia?		Monto
1	Costo de Alquiler / Alquiler de Lote				\$
2	Pago de Hipoteca				\$
3	Impuestos a la Propiedad (si no están incluidos en el N° 2 arriba)				\$
4	Seguro de la Propiedad (si no están incluidos en el N° 2 arriba)				\$
5	Otro (gastos de Asociación de Propietarios de Vivienda/Condominio)				\$

I. Elija Alguien que le Ayude Con Su Caso de Asistencia Médica

Solicitante Principal: si usted está completando esta solicitud en nombre de otra persona de quien usted es el Tutor, Guardián, Apoderado Notarial Financiero o Beneficiario del Seguro Social, por favor complete la información abajo y presente un comprobante.

Primer Nombre y Apellido				
Línea 1 para Domicilio				
Línea 2 para Domicilio				
Ciudad		Estado		Código Postal
Número de Teléfono		Dirección de Correo Electrónico		

Usted puede nombrar a una persona para ayudarle con su caso de asistencia médica. Usted puede elegir ya sea "Representante Médico" o un "Facilitador".

Un **Representante Médico** es una persona que puede firmar su solicitud, responder preguntas por usted y utilizar su tarjeta de asistencia médica por usted. Nosotros compartiremos información con esta persona. Esta persona recibirá copias de cartas enviadas a usted acerca de su caso. Esta persona es responsable de completar su revisión cada año y de informarnos acerca de cambios en su situación. El Representante Médico puede ser un pariente, vecino, amigo u otra persona de su confianza. Usted no puede nombrar a alguien que esta tratando de cobrar una deuda médica contra usted.

Un **Facilitador** es una persona que puede ayudarle a completar su solicitud y ayudarle durante el proceso de solicitud. Nosotros podremos compartir información con esta persona. Esta persona recibirá copias de cartas enviadas a usted acerca de su solicitud. Una vez que su solicitud es procesada, esta persona no está conectada a su caso. Un facilitador puede ser una persona tal como un pariente, vecino, amigo, personal de la oficina médica, o empleado de una organización comunitaria.

Quiero designar a la siguiente persona para que me ayude.

Primer Nombre y Apellido				
Nombre de la Organización				
Línea 1 para Domicilio				
Línea 2 para Domicilio				
Ciudad		Estado		Código Postal
Número de Teléfono		Dirección de Correo Electrónico		

¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (por ejemplo: hijo, amigo, vecino, etc.)

Designo a la persona antes mencionada para que sea mi Representante Médico, o Facilitador.

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

Se requieren firmas testificadas si la firma más arriba está realizada con una marca.

Testigo		Fecha	
Testigo		Fecha	

J. Página de Firma

Usted debe firmar y fechar este formulario antes de devolverlo. **Si este formulario no está firmado, le será enviado de vuelta.** Esto causará una demora en el procesamiento de su solicitud. **Lea la información más abajo. Firme y Feche.**

Entiendo:

- Que tengo derecho a un tratamiento igualitario sin importar la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, preferencia política, o nacionalidad.
- Que tengo derecho a que la información que he proporcionado sea mantenida en forma confidencial a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Que debo proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para cualquier persona que esté solicitando beneficios de salud y autorizo a que estos números sean utilizados para administrar el programa. Estos números también serán utilizados para comparaciones por computadora con otras organizaciones como por ejemplo bancos, la Administración del Seguro Social y Servicio de Impuestos Internos.
- Que es importante proporcionar la información actualizada de ingresos, domicilio y composición del grupo familiar, y que soy responsable de informar los cambios durante el proceso de solicitud y mientras sea elegible.
- Que algunas o todas las personas para las cuales estoy presentando la solicitud pueden recibir cobertura similar de salud bajo el programa Medicaid, si fueran elegibles.
- Que tengo la responsabilidad de utilizar e informar cualquier recurso de terceras parte (tales como seguro de salud, acuerdos judiciales, pagos de ayuda médica, fideicomisos, curadurías, etc.) que pudiera tener una obligación legal para pagar alguno o todos los gastos médicos de aquellos para quienes estoy presentando la solicitud. Entiendo que el pago por un servicio en particular puede ser retenido mientras se realiza una determinación del hecho de no haber utilizado un recurso de una tercera parte.
- Que cualquier pago que me haya sido realizado por un recurso de una tercera parte para servicios médicos cubiertos bajo los programas de asistencia médica de Kansas será utilizado para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas solamente pagarán por los servicios no cubiertos por ese recurso de esa tercera parte. Estoy de acuerdo en cooperar con la unidad de subrogación médica para tratar de obtener esos recursos de una tercera parte.
- Que si recibo asistencia médica después de los 54 años de edad o mientras estoy en un alojamiento institucional, podría existir un reclamo contra mis propiedades para recuperar los gastos médicos hechos en mi nombre. Entiendo que mi(s) institución(es) financiera(s) será(n) notificada(s) de un reclamo pendiente.
- Que tengo la responsabilidad de leer y contestar en forma veraz todas las preguntas en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud u oculto información requerida por la solicitud, seré sometido a penalización por mis acciones.
- Que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión. Se debe realizar una solicitud por escrito dentro de un plazo de 30 días luego de la decisión.

Acepto:

- Devolver cualquier pago de ayuda médica para todas las personas que reciben asistencia médica si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Ayudar a los Servicios de Manutención de Niños (CSS por sus siglas en inglés) a establecer y hacer cumplir órdenes de manutención (si fuera necesario) si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Pagar la prima de Working Healthy cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser de solo \$0 o de hasta \$152 dependiendo de sus ingresos.

Certifico:

- Que todas las personas para las cuales estoy solicitando la cobertura de salud - y que sean determinadas elegibles para dicha cobertura - son ciudadanos de los Estados Unidos o ciudadanos no estadounidenses en condición legal de inmigración. Puede exigirse un comprobante de condición migratoria. (Excepción: personas que solicitan asistencia médica de emergencia bajo SOBRA)
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.

Autorizo:

- Que los pagos bajo este programa sean realizados directamente a los médicos y otros proveedores médicos u organizaciones de atención médica administrada para servicios médicos cubiertos y otros servicios de salud proporcionados a aquellos para quienes estoy presentando la solicitud mientras sean elegibles.
- Que los proveedores médicos divulguen información médica al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF), el Departamento para Niños y Familias (DCF), el Departamento de Servicios para la Tercera Edad y Personas con Discapacidades de Kansas (KDADS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., compañías de seguro, y otros proveedores médicos contratados. También autorizo al KDHE, DCF y KDADS a compartir información médica para fines administrativos con otras agencias y contratistas.
- A empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios, y a otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar cualquier información a KDHE, DCF, KDADS, u otros programas de beneficios, cualquier información incluyendo información financiera y otra información confidencial necesaria para establecer mi elegibilidad.

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y comprendo las condiciones más arriba. Toda la información proporcionada en esta solicitud está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad. Esta divulgación es válida a partir de esta fecha. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Firma del Solicitante (requerida)	Fecha
Firma del Cónyuge u Otro Adulto que está Presentando la Solicitud	Fecha
Firma del Primer Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
Firma del Segundo Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
Firma del representante Médico (si fuera aplicable)	Fecha

FOR AGENCY USE ONLY:
