|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Transforming Lives | **Revisión de elegibilidad para**  **Servicios y apoyos a largo plazo**  **Eligibility Review for Long Term Services and Supports** | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del cliente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | Número de identificación del cliente | | | |
| Dirección del cliente Ciudad Estado Código postal | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección postal del cliente Ciudad Estado Código Postal | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del cónyuge o padre/madre de un menor de edad (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección del cónyuge / padre / madre (si es diferente) Ciudad Estado Código postal | | | | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono del cliente (incluir el código de área)  Casa  Celular  Mensaje | | | | | | | | Correo electrónico del cliente | | | | | |
| Representante autorizado | | | | | | | | | | | | | |
| Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar acerca de sus beneficios con la agencia o la persona designada por ella. Puede nombrar a alguna persona, pero no está obligado. Algunos ejemplos son su tutor, cónyuge, familiar, apoderado.  ¿Tiene un representante autorizado?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | Relación | | | | | | | |
| Dirección postal Ciudad Estado Código postal | | | | | | | | | | | | | |
| Número de teléfono (incluir el código de área) | | | | | | Correo electrónico | | | | | | | |
| Ingresos no ganados del cliente | | | | | | | | | | | | | Monto |
| Beneficios del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Beneficios de jubilación / pensión / anualidad | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Otros - Beneficios para veteranos, L&I, pensión por divorcio, dividendos, intereses, rentas o ingresos trimestrales (escríbalos a continuación) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Ingresos ganados del cliente | | | | | | | | | | | | | |
| Empleador | | Fecha de inicio | | | Monto recibido bruto | | | | | | Frecuencia de pago | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | | | |  | | |
| ¿Este ingreso es por trabajos por cuenta propia?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | |
| Recursos del cliente | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Valor | | Institución financiera / Compañía / Ubicación | | | | | | | |
| Cuentas corrientes | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Cuentas de ahorros | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Otras cuentas financieras: | | | | **$** | |  | | | | | | | |
|  | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Certificados de depósito (CD) | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Cuenta en una institución | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Dinero en efectivo / guardado por otros | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Pólizas de seguros de vida y funerarios | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Fondos funerarios | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Fideicomisos | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Anualidades | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Vivienda (incluyendo patrimonio de vida) | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Otros bienes: | | | | **$** | |  | | | | | | | |
|  | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Otros - vehículos, acciones, valores, fondos mutuos, cuentas para el retiro (escríbalos a continuación) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **$** | |  | | | | | | | |
|  | | | | **$** | |  | | | | | | | |
|  | | | | **$** | |  | | | | | | | |
| Ha vendido, comerciado, o donado su dinero, vivienda, bienes u otros recursos en los últimos cinco años?  Sí  No  Si contestó que sí, conteste lo siguiente: | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo | | | A quién | | | | | | Monto | | | Fecha de transferencia | |
|  | | |  | | | | | | **$** | | |  | |
|  | | |  | | | | | | **$** | | |  | |
|  | | |  | | | | | | **$** | | |  | |
| Gastos médicos del cliente y honorarios del tutor / receptor de pagos (adjuntar comprobantes) | | | | | | | | | | | | | Monto |
| Seguro de salud (escriba los proveedores) | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Seguro de atención a largo plazo (escriba los proveedores) | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Honorarios mensuales del tutor | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Honorarios mensuales del receptor de pagos | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Facturas médicas insolutas (desglosar) | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Su estado civil ha cambiado? Sí No | | | | | | | | | | | | | |
| Ingresos del cónyuge / dependiente | | | | | | | | | | | | | Monto |
| Beneficios del Seguro Social | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Beneficios de jubilación / pensión / anualidad | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Ganancias | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Beneficios para veteranos | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Otros - L&I, pensión por divorcio, dividendos, intereses, rentas o ingresos trimestrales (escríbalos a continuación) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
|  | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Gastos de vivienda | | | | | | | | | | | | | Monto |
| Alquiler / Hipoteca | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Impuestos sobre inmuebles / Seguro del hogar | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Servicios básicos | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Otros - Contribuciones, cuotas de condominios o departamentos, alquiler de espacios, etc. | | | | | | | | | | | | | **$** |
| Autorización para verificación de activos | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo que la información que proporcione para solicitar o renovar asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Autorizo a la Health Care Authority y al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, “DSHS”) del Estado de Washington para que realicen la verificación de mis activos para determinar mi elegibilidad y verificar la exactitud de mi información financiera. Entiendo que la HCA y el DSHS pueden investigar y comunicarse con cualquier institución financiera como parte del proceso de verificación de activos. Entiendo que esta autorización terminará cuando se tome una decisión adversa definitiva sobre mi solicitud, cuando termine mi elegibilidad para beneficios, o si yo revoco esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a la HCA o el DSHS. Entiendo que en caso de que yo revoque la autorización o me niegue a otorgarla no seré elegible para programas de Medicaid para personas ancianas, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health. Mi revocación o mi negativa a autorizar la verificación de mis activos no afecta mi elegibilidad para recibir apoyos a la medida para adultos mayores (TSOA, por sus siglas en inglés). | | | | | | | | | | | | | |
| Declaración y firma(s) | | | | | | | | | | | | | |
| He leído o me han explicado el formulario de revisión de elegibilidad y mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de derechos y responsabilidades de la cobertura de servicios de salud, HCA 18-011.  Entiendo que la información que proporcione para solicitar asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Si tengo algún interés en una anualidad, debo nombrar al Estado de Washington como beneficiario remanente.  Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington, que la información que he proporcionado en este formulario es veraz, correcta y completa en la medida de mi conocimiento. | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del cliente | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | Fecha |
| Firma del cónyuge | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | Fecha |
| Firma del padre/madre de un cliente menor de edad | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | Fecha |
| Firma del representante autorizado o asistente | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | Fecha |