Administración de Mantenimiento de Ingreso
Departamento de Servicios Humanos
Gobierno del Distrito de Columbia

Recertificación para Asistencia Médica

(Asistencia Médica incluye Medicaid, DC Healthy Families, Medical Charities y Medicare Buy-In)

Fecha:	Censo Tracto:
DHS-1209 (06/03)	MA NO:

Su Asistencia Médica expira el _____. Usted debe completar este formulario y devolverlo en el sobre incluido antes de que su Asistencia Médica expire. Si su Asistencia Médica familiar incluye niños, usted debe responder a las preguntas en las Partes A, B, C y E de este formulario y sólo debe proveer pruebas de los ingresos que ha reportado en este formulario. Si su familia no incluye niños, usted debe completar las Partes A, B, C, D y E de este formulario. Además, usted debe entregar pruebas de todo ingreso (excepto SSI, Seguro Social, Desempleo de DC o Asistencia Pública de DC), bienes y otros seguros médicos. Si usted no completa las Partes en las que debe responder y/o no firma este formulario, su re-certificación será considerada incompleta y su Asistencia Médica será cancelada. Si usted necesita ayuda con este formulario, por favor llame al (202) 724-5506.

ENVIAR A:

Parte A:

1. MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN CON USTED Y RECIBEN ASISTENCIA						NÚMEROS TELEFÓNICOS DE LA CASA			
Apellido	Primero Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Número de Inmigración	Número de Seguro Social	Número de Medicaid	Relación con usted	Señale miembros de la familia que no viven en casa

Parte B:

1. (A) Si algún miembro de la familia mencionado en la Parte A se ha ido de la casa, tache su nombre y ponga la fecha cuando se fue de la casa.
   (B) Ponga el nombre y la fecha de nacimiento de cualquier nuevo miembro de la familia:_____

2. Si usted se ha mudado, escriba su nueva dirección y número telefónico: _____

Parte C:

1. Ponga el ingreso bruto que usted y otros miembros adultos de la casa reciben por empleo, incluyendo ingresos recibido por auto-empleo. (Usted es auto-empleado si tiene su propio negocio o realiza algún trabajo independiente de un empleador.)

Sus Ingresos Brutos

Cantidad ganada: $_____ ❑ No Ingreso

(marque uno) ❑ Por Hora ❑ Semanal ❑ Quincenal ❑ Mensual ❑ Anual

Horas trabajadas cada semana: _____

Nombre del empleador y número telefónico (Agregue una hoja extra si es necesario)

Si es auto-empleado, marque aquí: ❑ Auto-Empleado

Ingresos Brutos de su Esposo/a u Otro Miembro Adulto

Cantidad ganada: $_____ ❑ No Ingreso

(marque uno) ❑ Por Hora ❑ Semanal ❑ Quincenal ❑ Mensual ❑ Anual

Horas trabajadas cada semana: _____

Nombre del empleador y número telefónico (Agregue una hoja extra si es necesario)

Si usted es auto-empleado, marque aquí: ❑ Auto-Empleado

2. Ponga todos los otros ingresos recibidos por miembros de la familia incluyendo el ingreso de los niños.

Fuente de Ingreso	¿Quién recibe este ingreso?	Cantidad del ingreso	¿Cuán frecuente se recibe el ingreso?
Manutención o apoyo infantil		$	
Pensión de divorcio (*Alimony*)		$	
SSI (Ingreso de Seguro Suplementario)		$	
Beneficios del Seguro Social (Para jubilados o personas discapacitadas)		$	
Compensación laboral (Para personas que sufren lesiones en el trabajo)		$	
Otro (por favor explique)		$	

3. Si usted o alguien en su familia paga por el cuidado de un dependiente (cuidado infantil o el cuidado de un adulto que vive con usted y que no puede cuidarse por sí mismo) para poder trabajar, por favor, provea la siguiente información. (Esta información puede ayudar para que su familia siga recibiendo los beneficios).

Nombre de la persona que trabaja	**Persona(s) que recibe cuidado**	**Cantidad pagada mensualmente**	**Nombre del proveedor de cuidado del dependiente**	**Número telefónico del proveedor de cuidado del dependiente**
		$		
		$		

4. Por favor provea información sobre el padre o la madre ausente o fallecido(a) de un niño para quien usted quiere que los beneficios continúen. Si usted no provee esta información, no afectará la elegibilidad del niño pero puede afectar la suya, a menos que usted tenga una buena razón para no proveerla. Un ejemplo de una buena razón es el temor al daño físico, sexual o emocional contra usted o contra su(s) niño(s). Si usted cree que tiene una buena razón, marque aquí: ❑

Nombre del niño (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	**Padre / Madre ausente o fallecido(a)**	**¿Ausente o fallecido(a)?**	**Número de Seguro Social de padre**	**Última dirección conocida del padre/madre**	**Sexo (M/F)**	**Raza (Código)**	**Fecha de fallecimiento**

5. **Las personas con seguro médico todavía pueden recibir asistencia médica.** ¿Tiene otros seguros médicos alguna de las personas para quien usted quiere que los beneficios continúen? ❑ SÍ ❑ NO

Si la respuesta es sí, por favor provea la siguiente información:

Nombre(s) de la(s) persona(s) con seguro médico	Nombre del titular de la póliza	Nombre y dirección de la compañía de seguro	Número de Grupo	Número de Póliza

6. ¿Participa en Medicare alguien para quien usted quiere que continúen los beneficios? ❑ SÍ ❑ NO
(Medicare expide una tarjeta blanca con tiras rojas y azules).

Persona(s) con Medicare	Número de Medicare	
		❑ Parte A ❑ Parte B
		❑ Parte A ❑ Parte B

7. ¿Alguien para quien usted quiere que continúen los beneficios tiene una(s) petición(es) pendiente(s) por daño personal por un accidente automovilístico o por una lesión en el trabajo? ❑ SÍ ❑ NO Si la respuesta es sí, ponga los nombres.

Parte D:

1. ¿Alguien para quien usted quiere que continúen los beneficios tiene dinero en efectivo, cuentas corriente y de ahorro, acciones y bonos, fondos de entierro, etc.? ❑ SÍ ❑ NO

Persona(s) con bienes	Institución financiera y dirección	Número de cuenta	Balance/Valor del mercado

2. ¿Alguien para quien usted quiere que continúen los beneficios tiene seguro de vida? ❑ SÍ ❑ NO

Persona(s) con póliza de seguro	Nombre de la compañía de seguro de vida	Número de póliza	Valor de póliza	Monto pagado si Ud. cancela la póliza	Tipo de seguro de vida
			$	$	❑ De Vida entera ❑ De término fijo
			$	$	❑ De Vida entera ❑ De término fijo

Parte E:

Notificaciones:

1. Proceso de Re-Certificación - Usted es responsable por entregar todos los documentos y proveer toda la Información en relación con la re-certificación de su Asistencia Médica. Usted recibirá una notificación nuestra cuando recibamos su formulario de re-certificación completo, dejándole saber que lo hemos recibido. Si usted regresa todos los documentos requeridos anteriormente antes del fin de su actual periodo de elegibilidad de la Asistencia Médica, el Departamento de Servicios Humanos TIENE QUE aprobar o no su petición, o continuar su elegibilidad hasta que se haga una determinación de ilegibilidad y se le avise a usted de este decisión por escrito. Si usted resulta no ser elegible para Asistencia Médica, usted tiene el derecho de apelar esa determinación. Si usted no recibe una notificación escrita que su re-certificación ha sido o aprobada o negada para el fin de su actual periodo de elegibilidad y su elegibilidad no ha sido continuada, usted puede obtener asistencia legal gratis llamando a la firma Terris, Pravlik & Millian, 1121 12th Street, N.W., Washington, D.C. 20005, (202) 682-0578.

   NOTA: PADRE FOSTER
   ESTE FORMULARIO DEBE SER RETORNADO A SU TRABAJADOR SOCIAL A LA DIRECCIÓN 400 6th STREET, SW, PARA PODER SEGUIR SIENDO ELEGIBLE. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME A SU TRABAJADOR DE CUIDADO SUSTITUTO AL (202) 727-7107.

   Sistema de Verificación de Elegibilidad (EVS por sus siglas en inglés) – Si, durante un periodo cuando usted es elegible para Asistencia Médica, el EVS le informa a usted o a su proveedor que usted no es elegible para Asistencia Médica y usted disputa esta determinación, usted puede obtener asistencia legal gratis contactando Terris, Pravlik & Millian, 1121 12th Street, N.W., Washington, D.C. 20005, (202) 682-0578. Su proveedor ha sido instruido para llamar al sistema de apoyo de EVS.

   El Programa “Health Check”/EPSDT – El Programa “Health Check”/EPSDT provee exámenes y tratamiento gratis para jóvenes y niños elegibles para Asistencia Médica menores de 21 años. Este programa es muy importante y se lo puede obtener de cualquier doctor o clínica que participe en el programa de Asistencia Médica. El Programa “Health Check”/EPSDT ayuda además para obtener citas y proveer transportación al consultorio del doctor. Para ayuda para obtener citas y transporte, llame al 1-800-MOM-BABY. Para más información sobre el programa, por favor llame al (202) 442-9110.

2. Si usted ha incurrido gastos por servicios médicos o prescripciones después de que aplicó a la Asistencia Médica (o al Programa DC Healthy Families) o en los tres meses antes de su aplicación, usted puede ser elegible para un reembolso del Distrito. Usted debe hacer su petición dentro de los seis meses desde que hizo el gasto o dentro de los seis meses desde cuando usted fue notificado que era elegible para Medicaid, cualquiera sea el más tardío. Usted puede obtener asistencia legal gratis y ayuda haciendo la petición de Terris, Pravlik & Millian llamando al (202) 682-0578 o usted puede llamar al Equipo Investigativo Recipiente de Peticiones (Recipient Claims Research Team) al (202) 698-2000.

3. Cualquier persona que conscientemente ayude o incentive a otra persona a obtener o intente obtener Asistencia Médica dando información falsa o incompleta, es sujeto de ser inculpado de fraude. Él / Ella puede ser multado(a), encarcelado(a) o ambos. (Código de D.C., Sección 3-218).

4. Yo declaro con lo mejor de mis habilidades y conocimiento que la información en esta aplicación para Asistencia Médica es verdadera, correcta y completa. Yo entiendo que la Asistencia Médica que recibo será pagada con fondos Federales y del Distrito, y que cualquier falsa petición y declaración, o información incompleta será procesada bajo las leyes Federales y del Distrito que sean aplicables.

Firma del Solicitante o Marque "X"	Fecha
Firma del Esposo/a o Marque "X"	Fecha
Firma del Testigo o Marque "X"	Fecha
Firma del Representante Legal	Fecha