



DC | DEPARTMENT of
HUMAN SERVICES

Formulario de solicitud de recertificación/renovación de Medicaid

Para renovar su cobertura de asistencia médica, responda todas las preguntas en el siguiente Formulario de renovación de Medicaid. Fírmelo y envíelo de regreso con todos los documentos requeridos.

Cómo presentar este formulario de recertificación/renovación de Medicaid:

Correo postal:

Department of Human Services
Economic Security Administration
Outstation/Medicaid Renewal Unit
645 H Street, NE
Washington, DC 20077-0555

Fax:

202-535-1122

En persona:

Visite alguno de nuestros Centros de Servicio ESA listados a continuación:

H Street Service Center

645 H Street, NE
Washington, DC 20002

Fort Davis Service Center

3851 Alabama Avenue, SE
Washington, DC 20020

Taylor Street Service Center

1207 Taylor Street, NW
Washington, DC 20011

Congress Heights Service Center

4049 South Capitol Street, SW
Washington, DC 20032

Anacostia Service Center

2100 Martin Luther King Jr., Avenue, SE
Washington, DC 20020

los que aparecen en este formulario, le enviaremos una carta por separado solicitando lo que necesitamos.

Tache a cualquiera que se haya mudado. Agregue nuevos miembros a su hogar.		
<Nombre> <Apellido>	<Nombre> <Apellido>	<Nombre> <Apellido>
<Nombre> <Apellido>	<Nombre> <Apellido>	<Nombre> <Apellido>

SECCIÓN 1: RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	
<p>1. ¿Hay alguien en su hogar que esté embarazada incluyendo usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Número Esperado de Niños: _____</p> <p>Fecha prevista de parto: _____</p>	<p>2. ¿Ha tenido usted o algún miembro de su hogar un hijo desde su solicitud/renovación más reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre del Niño: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p>
<p>3. ¿Se ha mudado desde el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es SI, escriba aquí su nueva dirección:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>4. ¿Ha cambiado su estatus de ciudadanía/inmigración desde su última renovación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es SI, díganos de quién es el estado que cambió:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>5. ¿Ha adjuntado pruebas de su y/o los ingresos de su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Usted debe proporcionar prueba de ingresos (por ejemplo, sus últimos 2 talones de pago).</p> <p>Si no tiene ingresos, marque esta casilla. <input type="checkbox"/></p>	<p>6. ¿Alguien tiene Medicare u otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es SI, adjunte copias de su Medicare o seguro privado tarjetas.</p> <p>Nota: Usted todavía puede obtener Medicaid de DC si tiene otro seguro.</p>
<p>7. ¿Paga por el cuidado de niños o de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es SI, debe adjuntar los recibos para obtener esta deducción.</p>	<p>8. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico u hogar de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE IMPUESTOS

<p>1. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es si, por favor conteste las siguientes preguntas de Información de Impuestos, del #2 al 5b. Si la respuesta es no, pase a las preguntas #4 y 5.</p>	<p>2. ¿Presentará una declaración conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es SI, nombre del cónyuge: _____</p>
<p>3. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es SI, escriba el nombre(s) de los dependientes: _____ _____ _____</p>	<p>4a. ¿Será usted reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es SI, por favor indique el nombre del declarante de impuestos: _____</p> <p>4b. ¿Qué relación tiene con el declarante de impuestos? _____</p>
<p>5. ¿Es usted el padre/madre/pariente encargado del cuidado de un niño menor de 18 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

SECCIÓN 3: BIENES

Por favor, háblenos de sus bienes. Marque todas las que correspondan e indique si la cuenta es de su propiedad: Individualmente (**I**), en Conjunto con su cónyuge (**JS**), o con otra(s) Persona(s) que no sea su cónyuge (**OP**). Si la cuenta es de propiedad conjunta con su cónyuge u otra(s) persona(s), entonces usted debe anotar su nombre en la casilla correspondiente a continuación.

	I	JS Nombre	OP Nombre		I	JS Nombre	OP Nombre
<input type="checkbox"/> Efectivo en mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro tipo de Retiro Cuenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acciones y Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Notas del Tesoro/ Otras Notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cooperativa de Crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Renta Anual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuenta de Fideicomiso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuenta del Fondo de Pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cuenta IRA/Keogh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fondos/Depósitos Celebrada de forma Conti Cuidado de Jubilación Comunidad de Retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

SECCIÓN 4: REFERENCIAS

HealthCheck ofrece chequeos médicos gratuitos para niños con Medicaid. También paga por otros servicios que un niño necesita. HealthCheck también puede conseguirle visitas gratis al médico. Para obtener más información, llame al 1-888-557-1116.

El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) es un programa para mujeres embarazadas, mujeres que amamantan y niños menores de cinco años. Con WIC, usted puede ahorrar hasta \$140 cada mes en alimentos. Para más información llame al (202) 645-5663.

Si usted califica para Medicaid, puede recibir el reembolso de algunas facturas que ha pagado. Medicaid también puede pagar algunas cuentas sin pagar. Llame al (202) 698-2009 para obtener más información o si necesita ayuda para completar este formulario. Si tiene una discapacidad auditiva, puede llamar al número de teléfono TTY (202) 724-1369.

SECCIÓN 5: FIRME AQUÍ

Creo que toda mi información en este formulario de dos páginas es correcta. He informado todos mis cambios en este formulario. Sé que si doy información falsa, puedo estar infringiendo la ley. Estoy firmando este formulario bajo pena de perjurio.

Nombre en Letra de Molde:	Firma:
Teléfono:	Fecha:
Representante Autorizado Nombre en Letra de Molde/Firma:	
Teléfono:	Fecha:

Formas de Presentar el Formulario de Renovación 1209 Completado

- **Por correo:** Complete este formulario y envíelo por correo en un sobre cerrado adjunto a:

Departamento de Servicios Humanos
Administración de Seguridad Económica
Unidad de Renovación de Outstation/Medicaid
645 H Street NE
Washington DC 20077-0555

- **Por teléfono:** Simplemente llame al **(855) 532-5465 (TTY: 711)**
- **Por fax:** También puede enviarnos un fax al **(202) 535-1122.**
- **En persona:** Visite cualquiera de nuestros centros de servicio de ESA que aparecen en la página siguiente.