

Solicitud de Cobertura de Medicaid Retroactivo

Si usted o un miembro del hogar solicitan cobertura de Medicaid Retroactivo para pagar por gastos médicos de los últimos 3 meses, por favor llene, firme y envíe de regreso este formulario de solicitud. Este formulario se utilizará para determinar si usted o un miembro del hogar reúnen los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid Retroactivo. Usted o un miembro del hogar deben cumplir con todos los requisitos de elegibilidad de Medicaid durante el periodo retroactivo para tener derecho a la cobertura de Medicaid Retroactivo.

Cómo presentar esta solicitud de cobertura de Medicaid Retroactivo

Por correo postal: Department of Human Services
Case Records Management Unit
441 4th Street, NW, Suite 1C-15
Washington, DC 20001

Por correo electrónico: Medicaid@dc.gov

Por fax: (202) 535-1122

En persona: Una vez lleno y firmado, lleve este formulario a uno de los centros de atención que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al servicio de Atención al Cliente de DC Health Link (Enlace de Salud del Distrito de Columbia) al (855) 532-5465 o al teléfono de texto (TTY) (855) 532-5465.

Centros de Atención de la Administración de Seguridad Económica (ESA, por sus siglas en inglés): Una vez lleno y firmado, puede pasar a dejar el formulario a cualquiera de los siguientes centros de atención.

Centro de Atención de la Calle H
609 H Street, NE
Washington, DC 20002

Centro de Atención de Congress Heights
4001 South Capitol Street, SW
Washington, DC 20032

Centro de Atención de Fort Davis
3851 Alabama Avenue, SE
Washington, DC 20020

Centro de Atención de Anacostia
2100 Martin Luther King Avenue, SE
Washington, DC 20020

Centro de Atención de la Calle Taylor
1207 Taylor Street, NW
Washington, DC 20011

1

Háblenos de usted y de cualquier miembro del hogar Cómo solicitar la Cobertura de Medicaid Retroactivo

Esta información se utilizará para localizarlo, de ser necesario.

Su nombre (nombre, segundo nombre, apellido[s]) _____

Número de Seguro Social o de Medicaid del Distrito de Columbia _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Domicilio (marque aquí si no tiene dónde vivir)

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Número de teléfono (de tenerlo) _____ Correo electrónico (de tenerlo) _____

¿Está solicitando cobertura retroactiva para usted? Sí No

Si otros miembros del hogar están solicitando cobertura retroactiva, sírvase anotarlos aquí. Díganos el nombre (nombre y apellido[s]), número de Seguro Social (NSS) o de identificación de Medicaid (NIM) del Distrito de Columbia y fecha de nacimiento (FDN) de dicho(s) miembro(s).

Nombre _____ NSS o NIM _____ FDN _____

Nombre _____ NSS o NIM _____ FDN _____

Nombre _____ NSS o NIM _____ FDN _____

2

Historial de residencia

¿Usted o el/los miembro(s) del hogar que solicita(n) cobertura retroactiva vivieron en el Distrito de Columbia durante los últimos 3 meses? Sí No

De responder que no, por favor díganos qué miembro(s) del hogar no vivió/vivieron en el Distrito de Columbia, el estado en el que solían vivir y en qué mes se mudó/mudaron a Washington, D.C.

Nombre (nombre y apellido[s]) _____ Estado _____ Mes (MM/AAAA) _____

Nombre (nombre y apellido[s]) _____ Estado _____ Mes (MM/AAAA) _____

Nombre (nombre y apellido[s]) _____ Estado _____ Mes (MM/AAAA) _____

3

Información sobre ciudadanía o estado migratorio elegible*

¿Usted o el/los miembro(s) del hogar que solicita(n) cobertura retroactiva han cambiado de ciudadanía o de estado migratorio elegible en los últimos 3 meses? Sí No

De responder que sí, por favor díganos el nombre de la(s) persona(s) cuya ciudadanía o estado migratorio elegible cambió en los últimos tres meses, así como el mes en el que la persona adquirió la ciudadanía estadounidense o pasó a una de las categorías migratorias que satisfacen los requisitos.

Nombre (nombre y apellido[s]) _____ Mes (MM/YYYY) _____

Nombre (nombre y apellido[s]) _____ Mes (MM/YYYY) _____

Nombre (nombre y apellido[s]) _____ Mes (MM/YYYY) _____

*Consulte el **Anexo B** para conocer más sobre los estados migratorios que satisfacen los requisitos de Medicaid.

4

Historial de ingresos

¿Cambió su ingreso o el de uno o más miembros del hogar en los últimos tres meses? Sí No

De responder que sí, díganos el nombre de la persona cuyo ingreso cambió, así como su ingreso bruto para cada mes de cobertura retroactiva que solicita.

Nombre (nombre y apellido[s])	Mes pasado	Hace 2 meses	Hace 3 meses
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Nombre (nombre y apellido[s])	Mes pasado	Hace 2 meses	Hace 3 meses
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Nombre (nombre y apellido[s])	Mes pasado	Hace 2 meses	Hace 3 meses
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

5

Firma

Si tenemos constancias o recibimos información que, dentro de lo razonable, no coincide con los datos que proporcione en este formulario de solicitud de Medicaid Retroactivo, es posible que se le pida proporcionar documentación adicional para verificar el ingreso, la residencia o la ciudadanía.

Firme esta solicitud. La persona que llene esta solicitud de Medicaid Retroactivo debe firmar a continuación. Si desea incluir a un representante autorizado o cambiar al que tiene ahora, llene el Anexo A de la página 4.

Marque aquí si es usted un representante autorizado. Firme a continuación y llene el Anexo A de la página 4.

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual significa que, a mi leal saber y entender, he proporcionado respuestas veraces a todas las preguntas de este formulario. Sé que, conforme a la legislación federal, puede sancionárseme si proporciono información falsa o incorrecta.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Anexo A

Representante autorizado

Usted puede elegir a un representante autorizado.

Puede dar permiso a una persona de confianza para hablar de este formulario de solicitud de Medicaid Retroactivo con nosotros, ver su información y actuar en su nombre en lo relativo a cuestiones relacionadas con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre el formulario de solicitud de Medicaid Retroactivo y firmarlo en su nombre.

A esta persona se le llama “representante autorizado”. Si usted es el representante legalmente designado de alguien en este formulario de solicitud de Medicaid Retroactivo, adjunte un comprobante al enviarlo. Si alguna vez necesita cambiar de representante autorizado, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales (DHS, por sus siglas en inglés).

Nombre del representante autorizado

Dirección:	Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
------------	-------------	--------	--------	---------------

Número de teléfono: Casa Celular Trabajo Otro:

Número:

El miembro de Medicaid que solicita cobertura retroactiva debe firmar a continuación para confirmar la selección de un representante autorizado. Si el miembro de Medicaid no puede firmar, entonces el representante autorizado deberá proporcionar constancia de su nombramiento para representarlo. Mediante su rúbrica, usted permite a esta persona firmar y presentar su formulario de solicitud de Medicaid Retroactivo, obtener información oficial sobre el mismo, recibir copias de las notificaciones y demás comunicaciones del DHS y DC Health Link, y actuar a su nombre para toda cuestión futura que haya que tratar con el DHS y DC Health Link.

Su firma:	Fecha
-----------	-------

Nombre en letra de molde:

Tabla de los estados migratorios que satisfacen los requisitos

Para todos los solicitantes, estos son los estados migratorios que satisfacen los requisitos:	Si la persona tiene menos de 21 años de edad o es una mujer embarazada, éstos son los estados migratorios adicionales que satisfacen los requisitos:
<ul style="list-style-type: none"> • Residente permanente legal (LPR, como también se le conoce en inglés, o titular de una “green card”, “tarjeta verde” o tarjeta de residencia) • Asilado • Refugiado • Inmigrante cubano o haitiano • Persona con permiso condicional para permanecer en los Estados Unidos por lo menos por un año • Admisión condicional concedida antes de 1980 • Cónyuge maltratado, hijo y padre • Víctima de la trata de personas y su cónyuge, hijo, hermano o padre • Persona a la que se le concedió un aplazamiento de la deportación o un aplazamiento de la expulsión • Inmigrante amerasiático • Inmigrantes iraquíes y afganos con condiciones especiales • Miembro de una tribu indígena federalmente reconocida o indígena americano nacido en Canadá • Veterano o persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas y sus familiares inmediatos 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona con el estatus de no inmigrante (incluye las visas de trabajo y de estudiante, y a los ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palaos) • Persona con el estatus de protección temporal (TPS) o solicitante del mismo (con autorización de empleo) • Persona con salida obligatoria diferida (DED, por sus siglas en inglés) • Beneficiario del Programa de Unidad Familiar • Persona con el estatus de acción diferida (excepto con la acción diferida para los llegados en la infancia [DACA, por sus siglas en inglés]; la DACA no es un estado migratorio elegible) • Solicitante del estatus como inmigrante especial joven • Solicitante de ajuste al estatus de LPR • Solicitante de asilo • Solicitante de aplazamiento de la deportación o de aplazamiento de la expulsión al amparo de las leyes de inmigración o de la Convención Contra la Tortura (CAT, por sus siglas en inglés) • Solicitante de creación de registro de admisión legal para obtener la residencia permanente (solicitantes de registro) (con autorización de empleo) • Individuo liberada al amparo de una orden de supervisión (con autorización de empleo) • Solicitante de cancelación de la expulsión o suspensión de la deportación (con autorización de empleo) • Solicitante de legalización al amparo de la ley de Reforma y Control de la Inmigración (IRCA, por sus siglas en inglés) (con autorización de empleo) • Legalización al amparo de la ley de Equidad para las Familias de Inmigrantes Legales (LIFE, por sus siglas en inglés) (con autorización de empleo) • Persona legalmente admitida con el estatus de residente temporal • Residente de Samoa Estadounidense • Individuo a la que se le concedió una orden administrativa dictada por el Departamento de Seguridad Nacional suspendiendo la expulsión