

Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

APÉNDICE E (Deducción para individuos médicamente necesitados)

Complete el Apéndice E si usted ha enviado su solicitud de cobertura médica para una persona médicamente necesitada (que tiene ingresos mayores al límite de Medicaid y le gustaría que se lo evaluara en base a ingresos, recursos y gastos médicos).

El Apéndice E no es una solicitud independiente. Envíelo luego de presentar la Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

SECCIÓN 1 Recursos y Bienes

Conteste las preguntas considerando a el/la solicitante y a su esposo/a y/o padres y hermanos/as (si el/la solicitante es menor de edad). Incluya todos los recursos que posean todos ellos, o que sean de propiedad conjunta con otra persona, incluso si esa persona no vive con usted. Enumere los nombres de todos los copropietarios. **¿Usted o alguien que viva con usted es dueño de alguno de los siguientes recursos o bienes? Marque todas las opciones que correspondan.**

Efectivo \$ _____	Vehículos Automotores	Acciones o
Cuentas corrientes o de ahorro	Bienes Inmuebles	BonosAnualidades
Unión de Crédito	Seguro de Vida	Escritura de Fideicomiso
Fondos del Mercado Monetario	Planes para Entierros	Fondos Fiduciarios
Certificado de depósito (CD)	Cuentas de Jubilación	Otros
Cuenta de Autosuficiencia	Plan de Pensión	Direct Express Card

Yo/miembros de mi hogar no tenemos ninguno de estos recursos.

IMPORTANTE: Si usted tiene **cualquiera de los recursos anteriores**, sírvase a brindar la siguiente información y documentos, como extractos bancarios, pólizas de seguros de vida, o una carta del banco o compañía que documente el **valor en efectivo del recurso**. Verifique cualquier gravamen que podría reducir el valor en efectivo. Utilice páginas adicionales para enumerar recursos adicionales.

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) a.		Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
Nombre del Banco, Institución o Compañía	Tipo de recurso	Número de identificación	Saldo o Valor \$
Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde)			
Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) b.		Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
Nombre del Banco, Institución o Compañía	Tipo de recurso	Número de identificación	Saldo o Valor \$
Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde)			
Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) c.		Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
Nombre del Banco, Institución o Compañía	Tipo de recurso	Número de identificación	Saldo o Valor \$
Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde)			

¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al 1-855-242-8282 e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita.

Nombre del propietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) d.		Nombre del copropietario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
Nombre del Banco, Institución o Compañía	Tipo de recurso	Número de identificación	Saldo o Valor \$
Dirección del Banco, Institución o Compañía (si corresponde)			

SECCIÓN 2 Ingresos Adicionales

¿Usted o alguien que viva con usted (incluso niños) recibe o espera recibir algo de lo siguiente?
Check all that apply.

Indemnización por accidente laboral	Beneficios para veteranos (VA)	Otros (incluso obsequios, ingresos por seguros de vida, herencias, etc.).
Manutención infantil	Pagos únicos	
Yo/miembros de mi hogar no tenemos ninguno de estos recursos.		

IMPORTANTE: Complete la siguiente sección si recibe ingresos de las fuentes mencionadas anteriormente.

Sírvase brindar la siguiente información y documentos, como una carta de la fuente que documente el importe bruto mensual del ingreso. Si es necesario, utilice páginas adicionales para enumerar fuentes adicionales de ingresos.

Nombre de la persona a.	Importe \$	Tipo de dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia lo recibe?
Nombre de la persona b.	Importe \$	Tipo de dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia lo recibe?
Nombre de la persona c.	Importe \$	Tipo de dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia lo recibe?
Nombre de la persona d.	Importe \$	Tipo de dinero o Ayuda	¿Con qué frecuencia lo recibe?

¿Alguien tiene un gasto por guardería por un niño, o centro de atención para personas mayores o adultos discapacitados? **Sí** **No**

— Si la respuesta es “sí”, proporcione el nombre de la persona que recibe los cuidados, el nombre de la persona que brinda los cuidados, el costo mensual y adjunte una verificación.

Nombre de la persona que recibe los cuidados	Nombre de la persona que brinda los cuidados	Costo mensual \$
--	--	---------------------

Firme el Formulario

Firmo esta apéndice bajo pena de falso testimonio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de esta solicitud según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones conforme a la ley federal si proporciono información falsa.

_____	_____	_____
Firma	Relación con el solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)

Enviar:

- Apéndice E firmado
- Extractos bancarios, pólizas de seguros de vida, o una carta del banco o compañía que documente el valor en efectivo del recurso y verificación de cualquier gravamen que reduzca el valor en efectivo.
- Recibos de pago o carta de la fuente que documente el importe bruto mensual del ingreso.
- Verificación de gastos médicos

¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al **1-855-242-8282** e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.