

El Apéndice E no es una solicitud independiente. Envíelo a pedido del Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) luego de presentar la Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.



Nombre del solicitante _____

Número de caso _____

Fecha de recibido _____

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). Los solicitantes de familias de bajos ingresos con hijos (LIFC) no pueden ser evaluados como médicamente necesitados.

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?**

Sí	No	Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Efectivo \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vehículos Automotores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acciones o Bonos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuentas corrientes o de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bienes Inmuebles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anualidades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unión de Crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escritura de Fideicomiso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fondos del Mercado Monetario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Planes para Entierros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fondos Fiduciarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuentas de Jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuenta de Autosuficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plan de Pensión		

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.

Complete la siguiente sección para cualquier respuesta que haya sido **afirmativa**.

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)			

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?

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indemnización por accidente laboral | | Beneficios para veteranos (VA) | | Otros (incluso obsequios, ingresos por seguros de vida, herencias, etc.). | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Manutención infantil | | Pagos únicos | | | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |

IMPORTANTE: Si usted contestó que "sí" arriba, 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.

Complete la siguiente sección para cualquier respuesta que haya sido **afirmativa**.

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

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