COMMONWEALTH OF VIRGINIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES **Solicitud para Medicaid para mujeres embarazadas e indigentes médicos**	Solo para el uso de la agencia DATE RECEIVED	
	CASE NAME/ NUMBER	
	LOCALITY	WORKER

Favor de completar todas las secciones de ésta solicitud y devolverla al Departamento de Servicios Sociales en la ciudad o el condado donde vive la mujer embarazada. Si necesita ayuda, favor de ponerse en contacto con un trabajador de elegibilidad en su Departamento de Servicios Sociales.

I. Información de identificación: Inscriba el nombre, dirección, y el número de teléfono de la mujer embarazada. Si usted es su representante autorizado, favor de completar la solicitud como si fuera la mujer embarazada.

Apellido	Primer Nombre	Segunda Inicial	Número de teléfono del hogar	Número de teléfono (trabajo)
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad/ Condado donde vive
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	

II. Información sobre la familia: Inscriba la mujer embarazada como Persona 1. Después inscriba todas las siguientes personas que viven en su hogar como Persona 2, 3, y 4: sus padres (si ella tiene menos de 21 años), los niños de ella, y su esposo. Si hay más de cuatro personas por favor complete una segunda solicitud. El número de seguro social solo es requisito para la mujer embarazada.

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre completo				
Relación a Persona 1				
Sexo/ raza				
Estado civil				
Fecha de nacimiento				
Lugar de nacimiento		NA	NA	NA
Número de seguro social				
¿Es Ciudadano de los Estados Unidos? Si no lo es, número de extranjero.		NA	NA	NA
Fecha que empezó el embarazo		NA	NA	NA
¿Tiene seguro médico? (Sí/ No) Si contesta sí, incluya el nombre de la compañía de seguro y el número de la poliza de seguros		NA	NA	NA

III. Inscriba todos los ingresos recibidos en su hogar. Incluya el salario, ingreso de agricultura, beneficios de seguro social, sostén, beneficios por desempleo, pensiones, recompensa por enfermedad, préstamos estudiantiles, el alquiler de propiedad o cuarto.

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre del patrón/ empleador u origen de ingreso				
¿Con qué frequencia recibe ingreso?				
¿Cuánto gana antes de deducciones?				

¿Paga por el cuidado de un adulto o un niño mientras trabaja? (Sí/ No) ¿Para quién?_____

¿Cuánto? ¿Con qué frequencia?

IV. Ha ido a un médico o una clínica, ha recibido una receta para un medicamento, o ha recibido un servicio médico durante los tres meses antes de éste mes? [ ] Sí [ ] No Si contesta sí, inscriba los meses. _____

V. ¿Han pasado cambios en su forma de vivir, estado civil, o ingreso en los tres meses pasados?

[ ] Sí [ ] No Si contesta sí, describa los cambios:

Derechos y responsibilidades

Entiendo que para recibir beneficios del programa de Medicaid, tengo que aceptar a asignar mis derechos a ayuda médica y otros pagos por un tercer partido al Departamento de Servicios de Asistencia Médicas. Entiendo que todo el dinero que reciba para el diagnosis o tratamiento de cualquier herida, enfermedad, o incapacidad, o ayuda de cuidado médico necesita ser entregado al Departamento de Servicios de Asistencia Médicas: Third-Party Liability Section, Department of Medical Assistence Services, Suite 1300, 600 East Broad Street, Richmond, VA 23219. Entiendo que a faltar a asignar mis derechos me quedará inelegible para el Medicaid.

Entiendo que tengo el derecho de presentar una queja si creo que me han discriminado por raza, color, origen nacional, sexo, edad, una incapacidad, o una creencia religiosa. Entiendo que tengo el derecho de apelar y tener un juicio justo si yo: (1) no he sido notificado por escrito la decisión sobre mi solicitud entre 10 días; (2) se me han negado los beneficios del programa de Medicaid; o (3) no estoy satisfecho con cualquier decisión que afecta mi aceptación de Medicaid. Entiendo que al negar cooperar con un repaso de mi elegibilidad de Medicaid por Quality Control (Control de Cualidad) me quedaré inelegible para el Medicaid hasta que coopere con el repaso.

Autorizo que el Departamento de Servicios Sociales y el Departamento de Servicios de Asistencia Médicas pueden obtener cualquieras verificaciones necesarias para establecer mi elegibilidad para asistencia. Autorizo que el Departamento de Servicios de Asistencia Médicas puede obtener cualquier información en los récords médicos que pertenezcan a algunos servicios que he recibido.

Recibí el panfleto: Medicaid Handbook [ ] Sí [ ] No

He llenado esta solicitud por mi cuenta. [ ] Sí [ ] No Si no, fue leido después de ser completado. [ ] Sí [ ] No

Prometo reportar cualquier cambio de información en esta solicitud entre 10 días de cambio a la oficina de Medicaid.

Declaro que toda la información que he dado en ésta solicitud es verdad y correcta a lo más que yo sepa y creo. Entiendo que si alguna de la información que doy es falsa, retengo información, o niego de reportar un cambio a tiempo o a propósito, es possible que estaría violando la ley y podría ser perseguido por perjurio, hurto, y/o fraude de asistencia pública. Entiendo que mi firma en ésta solicitud certifica, bajo penas de perjurio, que soy (a menos que esté solicitando solamente para servicios de emergencia) una cuidadana de los estados unidos o un extranjero legal.

Firma o marca: _____ Fecha: _____

Testigo/ Representante autorizado: _____
Fecha:_____

He completado esta solicitud/ redeterminación en nombre de _____. Entiendo que si la he ayudado a obtener asistencia para la cuál no es elegible, es possible que estoy rompiendo la ley y podría ser acusado.

Firma: _____
Dirección:
_____

Relación: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Inscripción Electoral

Marque uno de los siguientes:

( ) No estoy inscrito para votar en mi dirección actual, y deseo registrarme para votar ahora. Certifico que me han dado una solicitud de registro para votar para completar. (Si desea ayuda en llenar la solicitud de inscripción, nosotros le ayudaremos. Es suya la decisión de aceptar ayuda. También tiene usted el derecho de llenar su solicitud de inscripción para votar en un lugar privado.)

( ) Ya estoy inscrito para votar en mi dirección actual. (Si usted ya está inscrito en su dirección actual, usted no tiene el derecho a inscibirse para votar.)

( ) No deseo solicitar para votar.

( ) Deseo solicitar para votar, favor de enviarme un solicitud para registrar a votar.

Su decisión de inscribirse o de negarse a inscribirse para votar no influirá en la asistencia o los servicios que le den ésta agencia. Quedará confidencial una decisión de no solicitar inscripción electoral. También quedará confidencial una decisión de solicitar inscripción electoral y la oficina donde se presentó su solicitud, y ésta información se puede usar sólo por fines de inscripción. Si usted cree que alguién he obstruido su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, su derecho a ejercer en privado la decisión de inscribirse, o de solicitar para inscribirse para votar, usted puede presentar una queja en la oficina del Secretary of the Virginia State Board of Elections (Secretario del Consejo de elecciones de Virginia) Ninth Street Office Building, 200 North Ninth Street, Richmond, VA 23219-3497; teléfono (804) 786-6551.

Agency Use Only: Solo para el uso de la agencia

Face to face interview not required. A voter registration form was mailed.