

Renovacion de Medicaid

Fecha enviado _____
Trabajador/a de DSS _____
Numero de telefono de DSS _____
Dirección de DSS _____

Numero de caso _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Conteste por favor a las preguntas haciendo una marca en el bloque. Si usted tiene preguntas o necesita la ayuda para llenar este formulario, por favor llame al trabajador enumerado arriba. Devuelva por favor este formulario a su trabajador/a de elegibilidad antes del: _____.

1. Cualquier persona se ha mudado a o de su casa desde su última determinación de elegibilidad?
 No Si Si, díganos quien se mudó a o desde su casa. _____

2. Escriba toda las entradas recibidas durante el último mes y toda la verificación. Incluya todas las fuentes de ingresos tales como los salarios, retiro, beneficios de veteranos, pensiones, ayuda, propiedades rentadas, etc.

Quien	Ingresos	Cuanto
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

3. Tiene gastos de cuidado de niños? No Si Si, escribe cuál niño y cuánto paga por mes.

4. Si usted tiene uno niño menor de 19 años de edad quien está trabajando, su niño aún asiste a la escuela?
 No Si

5. Ha tenido un cambio en su seguro médico desde su última determinación de elegibilidad?
 No Si Si, escribe la compañía, tipo de la cobertura, número de la cuenta y explique el cambio.

6. Tiene recursos tales como cuentas bancarias, vehiculos, seguro de vida, arreglos del entierro y/o propiedades?
 No Si Si, escriba cada recurso y una verificación del valor actual del recurso.

Yo he dado mi información verdadera y correcta en este formulario, con mi mejor conocimiento y creencia. Yo entiendo que si yo doy información falsa, escondo información, o dejo de informar un cambio, yo puedo ir contra la ley y puedo ser procesado. Yo autorizo a DSS y al Departamento de Ayuda y Servicios Médicos (DMAS) para obtener cualquier información necesaria para la revisión de mi elegibilidad.

Firma del recipiente o del representante autorizado

Fecha

Relación al recipiente

Número de teléfono

Registro Del Votante . Chequier uno del siguiente:

- () Yo no colocan para votar donde vivo actualmente, y quisiera colocarme para votar aquí hoy. Certifico que una forma de registro del votante me fue dada para terminar. (Si usted quisiera ayuda en llenar el registro del votante, le ayudaremos. La decisión para hacer que le ayudemos es la tuya. Usted también tiene la derecha de llenar el formulario en privado.)
- () Yo colocan para votar en mi dirección actual. (Si está colocado ya en su dirección actual, usted no es elegible colocarse para votar.)
- () No deseo aplicarme al registro al voto
- () Que deseo aplicarme al registro al voto. Por favor envíeme una forma de registro del votante.

La aplicación al registro o el declinar al registro al voto no afectará la ayuda o los servicios que esta agencia le proporcionará. Una decisión a no aplicarse al registro al voto seguirá siendo confidencial. Una decisión a aplicarse al registro al voto y a la oficina en donde su uso fue sometido también seguirá siendo confidencial y se puede utilizar solamente para los propósitos del registro del votante. Si usted cree que alguien ha interferido con la su derecha de colocarse o de declinar al registro al voto, la su derecha a la aislamiento en decidir si colocarse para votar, o la su derecha en la aplicación al registro al voto, usted puede archivar una queja con: Secretary of Virginia State Board of Elections, Ninth Street Office Building, 200 North Ninth Street, Richmond, VA 23219-3497. El número de teléfono es (804) 786-6551.