

**WISCONSIN MEDICAID SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE FOODSHARE WISCONSIN WISCONSIN
MEDICAID SUPPLEMENT TO FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION**

Proveer o solicitar un Número de Seguro Social es voluntario (SSN), como sea, cualquier persona que quiera beneficios de Wisconsin Medicaid o FoodShare pero no provee un Número de Seguro Social o solicita uno, no es elegible para los beneficios. Los Números de Seguro Social e información personalmente identificable serán usados solo por la administración directa de Medicaid y FoodShare Wisconsin.

Este formulario es usado como un suplemento de la solicitud FoodShare Wisconsin. Llene este formulario solo si usted esta solicitando FoodShare Wisconsin y Medicaid. Si necesita espacio adicional, use una hoja de papel adicional. Escriba todas las fechas en formato: MM/DD/YY (Ejemplo 04/02/58).

SECCION I – INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante (Apellidos, I Nombre, Inicial II nombre)			
Dirección del Solicitante - Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

SECTION 2 – INFORMACION DEL VEHICULO

Escriba todos los vehículos que el solicitante(s) posee. Incluya vehículos que posee en conjunto con otra persona.

Vehicle 1

Tipo de Vehiculo	Año del Vehiculo	Marca del Vehiculo	Modelo del Vehiculo
Cantidad que debe \$	Valor justo del mercado* \$		

Vehicle 2

Tipo de Vehiculo	Año del Vehiculo	Marca del Vehiculo	Modelo del Vehiculo
Cantidad que debe \$	Valor justo del mercado* \$		

*Nos referimos al Valor Justo del Mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera este vehículo en el mercado libre.

SECCIÓN 3 – TRANSFERENCIA DE RECURSOS / INGRESOS

Favor de informarnos sobre cualquier ingreso o recurso que usted y/o su esposo(a) haya cedido o vendido por menos del valor del justo del mercado en los últimos cinco años. Ejemplo de recursos incluyen dinero en efectivo y regalos de dinero en efectivo, bienes raíces, acciones o bonos, etc. Si necesita más espacio, use una segunda hoja.

SECCIÓN 3 – TRANSFERENCIA DE RECURSOS / INGRESOS (Continuación)

Marque todo lo que corresponda. En los últimos cinco años usted y/o su esposo(a) han:

- Sí No Vendido alguno de sus bienes por menos del valor justo del mercado, (Nos referimos al valor justo del mercado a la cantidad que usted obtendría si vendiera este artículo en el mercado libre.)
- Sí No Intercambiado bienes o ingresos,
- Sí No Transferido o cedido bienes o ingresos,
- Sí No Establecido o financiado un fideicomiso,
- Sí No Rechazado o rehusado aceptar una herencia, o bien
- Sí No Comprado una renta vitalicia (*annuity*), patrimonio en vida en la casa de otra persona, pagaré, préstamo o hipoteca.

Si respondió "Sí" para cualquiera de los artículos mencionados arriba, llene la información abajo. Si responde "No", vaya a la Sección 4

Activos o Ingresos 1

Tipo de activos o ingresos	Fecha en que fueron cedidos o vendidos	Valor de los activos o ingresos \$
¿Qué recibió a cambio?		

Activos o Ingresos 2

Tipo de activos o ingresos	Fecha en que fueron cedidos o vendidos	Valor de los activos o ingresos \$
¿Qué recibió a cambio?		

SECCIÓN 18 – INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO

Usted debe de informar sobre cualquier tercero que pueda ser responsable por el pago de su cuidado médico y/o el de su esposo(a), incluyendo seguro médico particular, seguro de cuidado a largo plazo para asilo de ancianos, seguro de *Medicare* o *Medi-GAP*. Usted debe cooperar dando la información solicitada. Esto también incluye cualquier seguro que pueda estar disponible a través de su empleador ya sea un plan de salud grupal o una póliza de cuidado a largo plazo. Esto también se incluye todos los seguros que pueden estar disponibles a través de un empleador plan de salud grupal o largo plazo la política de atención a largo plazo.

¿Tiene usted y/o su esposo(a) cobertura de <i>Medicare</i> Parte A o Parte B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Quién tiene la cobertura?	Número de ID de Medicare	Cantidad de la prima	Fecha inicio del Part A	Fecha inicio del Part B
		\$		
		\$		
¿Tiene usted y/o su esposo(a) cobertura de <i>Medicare</i> Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Quién tiene la cobertura?	Nombre del plan	Fecha inicio	Cantidad de la prima mensual	
			\$	
			\$	

INFORMACION SOBRE SEGURO MEDICO (Continuación)

¿Tiene usted y/o su esposo(a) seguro médico particular o seguro de cuidado a largo plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Quién tiene la cobertura? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi esposo(a)	Fecha en que comenzó la cobertura	Cantidad de la prima \$	Frecuencia de pago
¿Quién paga por la prima del seguro? <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Mi esposo(a)	Nombre del asegurado	Número de póliza/seguro	
Nombre y dirección de la compañía de seguro			

Si se inscribe, ¿le gustaría a usted y/o a su esposo(a) que el estado de Wisconsin pague por sus primas de <i>Medicare</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha incurrido usted facturas médicas como resultado de un accidente o tiene usted pendiente una demanda por accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Facturas incurridas <input type="checkbox"/> Reclamo o pago pendiente	
¿Ha incurrido su esposo(a) facturas médicas como resultado de un accidente o tiene usted pendiente una demanda por accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Facturas incurridas <input type="checkbox"/> Reclamo o pago pendiente	

SECTION 5 – DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Su firma en la solicitud significa que usted entiende y da conocimiento que la agencia y el Department of Health Services del condado están autorizados para solicitar cualquier información que es apropiada y necesaria para la administración apropiada de los programas de Medicaid autorizados bajo las leyes de Wisconsin. Cualquier persona, incluyendo instituciones financieras, agencias de reporte de crédito, o instituciones educacionales están autorizadas para revelar esta información a menos que sea prohibido o restringido por ley.

Si usted es hallado elegible para Medicaid, la ley del estado de Wisconsin, con excepciones limitadas, requiere la recuperación de ciertos beneficios de Medicaid de su propiedad. El "Programa de Recuperación de Propiedad" (Estate Recovery Program) folleto (PHC 13032) le provee con información acerca de recuperación de propiedad. Usted puede obtener una copia del folleto en su agencia local, o contactando Servicios a Miembro (Member Services) al 1-800-362-3002. Algunos beneficios que usted reciba en la comunidad después de 55 años de edad y todos los beneficios de Medicaid que usted reciba mientras reside en un asilo o mientras usted es un paciente interno en un hospital por 30 días o mas, son recuperables. También, si usted reside en un asilo o esta institucionalizado en un hospital, y no espera regresar a casa para vivir, un derecho de embargo puede aplicarse a su casa. El derecho de embargo no puede ser aplicado a su casa si usted, su conyugue, o cualquier otro miembro familiar habita en la casa.

Usted tiene el derecho de apelar solicitando una Audiencia Justa si usted no esta de acuerdo con cualquier acción que fue tomada con relación a su solicitud o sus beneficios actuales. Usted puede solicitar una Audiencia, llamando al 1-608-266-3096, o escribiendo a:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

También podría contactar a su agencia local y pedir una audiencia imparcial verbalmente o en persona o por escrito. Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con:

Wisconsin Department of Health Services
 Affirmative Action/Civil Rights Compliance Office
 1 West Wilson Street, Room 555
 Madison, WI 53707-7850
 Telephone: 1-608-266-9372 (voice) or
 1-888-701-1251 (TTY)
 Fax: 1-608-267-2147

OR U.S. Department of Health and Human Services
 Office of Civil Rights – Region V
 233 N. Michigan Avenue Suite 240
 Chicago, IL 60601
 Telephone: 1-312-886-2359 (voice) or
 1-312-353-5693 (TTY)

Entiendo las preguntas y declaraciones en esta solicitud. Entiendo las penalidades por dar información falsa o por romper las reglas. Yo certifico, bajo pena de perjurio y falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y completas de acuerdo a mi mejor conocimiento, incluyendo información proveída acerca de ciudadanía o el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios. Entiendo y estoy de acuerdo en proveer documentos que prueben lo que he dicho. Entiendo que la agencia puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y el nivel de beneficios. (La firma del solicitante debe ser testificada por dos personas si es firmada con una “x”.)

FIRMA – Solicitante / Representante / Tutor / Carta Poder / Conservador	Fecha de la Firma
FIRMA – Conyugue / Representante / Tutor / Carta Poder / Conservador	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo (Necesario si la Solicitud es Firmada con una “X” arriba)	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo (Necesario si la Solicitud es Firmada con una “X” arriba)	Fecha de la Firma