

**SOLICITUD PARA MEDICAID**  
**Paciente de Asilo**  
 Estado de Michigan  
 Department of Human Services

| FOR OFFICE USE ONLY |          |         |      |            |
|---------------------|----------|---------|------|------------|
| Grantee Name        |          |         |      |            |
| Grantee Client ID   |          |         |      |            |
| Case Number         |          |         |      |            |
| County              | District | Section | Unit | Specialist |

**LA AYUDA ES DISPONIBLE**

THE DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES MUST HELP ALL PERSONS FILL OUT THE APPLICATION, WHEN REQUESTED. IF YOU NEED HELP, PLEASE CALL OR VISIT YOUR SPECIALIST OR THE OFFICE NAMED BELOW. IF YOU NEED AN INTERPRETER, THE DEPARTMENT WILL PROVIDE ONE FREE OF CHARGE OR YOU MAY USE ONE OF YOUR CHOICE. IF YOU ARE REFUSED HELP IN FILLING OUT THE APPLICATION, YOU MAY CALL (517) 373-0707.

**Do you need the Department to provide an interpreter to help you at the interview?** ( ) yes ( ) no  
**If yes, what language?** \_\_\_\_\_

EL DEPARTAMENTO DE HUMAN SERVICES DEBE AYUDAR A TODAS LAS PERSONAS A COMPLETAR LA APLICACION CUANDO ASI LO PIDEN. SI USTED NECESITA AYUDA, POR FAVOR LLAME O VISITE A SU ESPECIALISTA O LA OFICINA QUE SE MENCIONA ABAJO. SI NECESITA UN INTERPRETE, EL DEPARTAMENTO LE PROPORCIONARA UNO GRATIS O USTED PUEDE USAR UNO DE SU ELECCION. SI USTED ES NEGADO AYUDA PARA COMPLETAR LA SOLICITUD, PUEDE LLAMAR AL (517) 373-0707.

**¿Necesita que el Departamento proporcione un interprete para que le ayude en la entrevista?**  
 ( ) sí ( ) no **Si dice que sí, ¿En qué idioma?**

يجب على هيئة الاستقلال العائلي لولاية ميشيغان أن يساعد كافة الأشخاص لملء الاستمارات عندما يطلب منهم ذلك. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة، يرجى الاتصال أو زيارة الإخصائي الذي ينظر بقضيتك أو المكتب المبين أسمه أدناه. وإذا كنت تحتاج إلى مترجم، ستقوم الدائرة بتوفير مترجم لك بدون مقابل، أو باستطاعتك اختيار من ترغب. وإن تم رفض مساعدتك بملء الطلب، يمكنك الاتصال بالهيئة على الرقم ٣٧٣-٠٧٠٧ (٥١٧).

هل تريد من الدائرة أن توفر لك مترجماً كي يساعدك أثناء المقابلة؟  
 نعم ( ) لا ( ) إذا أجبت بنعم فما هي اللغة التي تتحدثها في المنزل؟

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si Ud. necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

إن تميز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، الجنس، الديانة، العمر، المنشأ الوطني، اللون، الطول، الوزن، الحالة الزوجية، أو الإعاقة والعجز إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع، إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب في "الأمريكتي" التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة والعجز (Americans with Disabilities Act).

**FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE**

**SOLAMENTE PARA PACIENTES DE ASILOS**

Termine esta forma si usted está en un asilo. Lea por favor cada artículo cuidadosamente antes de que usted le conteste. Las respuestas que usted da serán utilizadas para determinarse si usted es elegible para Medicaid. Sea seguro de firmar su nombre en la página 4.

Usted puede solicitar Medicaid enviando por correo o que alguien tome esta forma a su oficina local de Department of Human Services. Su solicitud debe ser aprobado o negado dentro de:

- 45 días, o
- 60 días si un incapacidad es un factor en la determinación de su elegibilidad para Medicaid.

Use la Forma DHS-1171-SP, Solicitud de Asistencia, si otros miembros de la familia quieren ayuda con los gastos médicos.

**LOCAL OFFICE:**

Department of Human Services (DHS) will not discriminate against any individual or group because of race, sex, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, political beliefs or disability. If you need help with reading, writing, hearing, etc., under the Americans with Disabilities Act, you are invited to make your needs known to a DHS office in your area.

AUTORIDAD: 42 CFR PART 435.  
 COMPLETACIÓN: Voluntario.  
 PENALIDAD: No Medicaid.



**Nota:** Esta solicitud pide información del paciente en el asilo.  
Las palabras “**Usted**” y “**Su**” refiere al paciente.

|  |            |   |         |                            |             |
|--|------------|---|---------|----------------------------|-------------|
| 1. Nombre del Paciente (Primero, Inicial, Apellido)  |            | 2. Nombre del Asilo   |         |                            |             |
| 3. Dirección del Asilo   |            |   | Ciudad  | Estado                     | Zona Postal |
| 4. Número de Teléfono del Asilo  | 5. Condado | 6. Fecha de Nacimiento  | 7. Sexo | 8. Número de Seguro Social |             |
| 9. Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Nunca Casada(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Separada(o) <input type="checkbox"/> Divorciada(o) <input type="checkbox"/> Viuda(o) |            |   |         |                            |             |
| 10. Fecha de entrada al asilo  |            | 11. Dirección donde usted vivió antes de que usted entró el asilo |         |                            |             |

12. **Si está casada(o), díganos sobre su esposo(a) y todas las personas que viven con su esposo(a). Si no está casada(o), díganos sobre sus niños bajo la edad de 18 años que viven en su hogar.**

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social (Opcional) | Relación a Usted |
|--------|---------------------|------------------------------------|------------------|
|        |                     |                                    |                  |
|        |                     |                                    |                  |
|        |                     |                                    |                  |
|        |                     |                                    |                  |

**Si usted tiene un tutor legal designada por la corte, anote la información abajo:**

|                            |                    |  |                       |
|----------------------------|--------------------|--|-----------------------|
| 13. Nombre del Tutor Legal | Número de Teléfono | ¿Paga usted los gastos del tutor legal?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                       |
| Dirección del Tutor Legal  |                    | Ciudad   | Estado<br>Zona Postal |

|   | SI                       | NO                       |  | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. ¿Alguna vez ha solicitado usted o recibido asistencia en Michigan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. ¿Tiene usted gastos médicos por servicios provistos en los últimos 3 meses que no han sido pagados?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ha recibido usted dinero o beneficios tales como Asistencia Médica de otro estado en los últimos 30 días?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. ¿Paga usted por los premios del seguro de salud?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Es usted un ciudadano de E.U.?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. ¿Tiene usted Medicare?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Tiene usted intencione a quedarse en Michigan?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. ¿Está usted cubierto por una póliza de salud, hospital, o cuidado de largo plazo o le cubrieron en los últimos 3 meses pasados?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Indique su descendencia racial según los códigos más abajo. Si usted es multiracial, puede entrar todos los códigos que aplican. (La contestación es voluntaria.)<br>I = Indio Americano, A = Nativo de Alaska, S = Asiático, B = Negro o Americano Africano, P = Nativo de Hawaii u Otro Isleño Pacífico, W = Blanco |                          |                          | 25. ¿Ha pedido una corte cualquier persona para pagar sus gastos médicos o para proporcionar el seguro médico para usted?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Marque la caja si usted es Hispano o Latino (La contestación es voluntaria.)  | <input type="checkbox"/> |                          | 26. ¿Ha tenido usted un accidente o una enfermedad o daño relacionado al trabajo resultando en gastos médicos que se pueden pagar por otra persona o compañía de seguro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Es usted un veterano o el(la) esposo(a), dependiente o padre de un veterano?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. ¿Ha hecho usted un plan o entrado en un contrato, tal como un contrato de cuidado de la vida, que pague por su cuidado médico?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

28. **Bienes:** Complete la sección de **bienes** proporcionando la información de bienes solicitados por usted y su esposo(a). Apunte sus bienes y los bienes de su esposo(a). Incluye los bienes que usted posee en común con la familia u otras personas, incluyendo su esposo(a). Incluye los bienes que su esposo(a) posee conjunto con usted, familia u otras personas. Cada artículo se debe contestar **SI** o **NO**. Si contesta **SI**, entre la cantidad o valor corriente y el(los) dueño(s).

| Tipos de Bienes  | SI | NO | Cantidad o Valor | Propietario(s) de Bienes |
|--|----|----|------------------|--------------------------|
| Dinero en efectivo, en caja de depósito o fondo fiduciario de paciente |    |    |                  |                          |
| Casa, herencia de propiedad de Vida/renta vitalicia                    |    |    |                  |                          |
| Propiedad, no su hogar   |    |    |                  |                          |
| Hipoteca, contrato de tierra u otras notas pagables a Ud.              |    |    |                  |                          |
| Bonos de ahorro o fondos de mercado monetario                          |    |    |                  |                          |
| Acciones o fondos mutual   |    |    |                  |                          |
| Pensión, IRA, KEOGH, 401K o cuentas de compensación diferida           |    |    |                  |                          |
| Fondos fiduciaries (Trust funds)                                       |    |    |                  |                          |
| Seguro de vida   |    |    |                  |                          |
| Anualidad  |    |    |                  |                          |
| Autos, vans, camiones, cámpers, botes, motonieves, otros vehículos     |    |    |                  |                          |
| Herramientas y equipo, ganado o cultivos                               |    |    |                  |                          |
| Contratos de funeral   |    |    |                  |                          |
| Parcela para entierro, ataúd, etc.                                     |    |    |                  |                          |
| ¿Hay cualquier otro bienes? (Por favor indique.)                       |    |    |                  |                          |

**Cuentas de Cheque/Giro — Cuentas de Ahorro/Share — Certificados de Depósito**

| Nombre(s) en la Cuenta | Nombre y Dirección del Banco, Credit Union, Ahorro y Préstamo | Número de la Cuenta | Balance |
|------------------------|---|---------------------|---------|
|                        |   |                     |         |
|                        |   |                     |         |
|                        |   |                     |         |
|                        |   |                     |         |

29. ¿Ha recibido usted un pago único en efectivo dentro de los últimos 36 meses (3 años) tal como demanda de seguro, decisión judicial, compensación de trabajo, ganancia de lotería, etc.? .....  **SI**  **NO**
30. ¿Tiene usted un juicio pendiente que pueda traerle dinero, propiedad, etc.? .....  **SI**  **NO**
31. Dentro de los últimos 36 meses (3 años), ¿Ha usted o un dueño conjunto u otra persona cuyo nombre aparece en los bienes:
- vendido, regalado, o transferido propiedad en cualquier bien como éstos listados arriba? .....  **SI**  **NO**
  - quitado o agregado un nombre en cualquier bien como éstos listados arriba? .....  **SI**  **NO**
32. ¿Ha usted, o alguien actuando por usted, puesto dinero, ingreso, arreglo de la demanda, o bienes en un fondo de inversión, anualidad o asunto legal similar? .....  **SI**  **NO**

33. **Ingreso:** Incluye el ingreso para usted y todos listado en la pregunta 12. ¿Es alguien empleado o empleado por cuenta propia?  SI  NO Si es SI, complete lo siguiente por cada persona empleada(o).

| Persona empleada(o) o empleada(o) por cuenta propia | Nombre de su empleador | Sueldo antes de deducciones | Cada cuando le pagan: semanal, cada 2 semanas, mensual, otro | Día de la semana de pago |
|---|------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|
|   |                        | \$                          |  |                          |
|   |                        | \$                          |  |                          |
|   |                        | \$                          |  |                          |

Se debe contestar cada artículo abajo SI o NO.

| Tipo de Ingreso  | SI | NO | Cantidad | ¿Ingreso de Quién? |
|--|----|----|----------|--------------------|
| Beneficios de Seguro Social (RSDI)<br># de Reclamación |    |    |          |                    |
| Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)                  |    |    |          |                    |
| Beneficios de Retiro                                   |    |    |          |                    |
| Beneficios de Veteranos                                |    |    |          |                    |
| Beneficios de Incapacitados                            |    |    |          |                    |
| Ingreso de Renta                                       |    |    |          |                    |
| Compensación de Trabajadores                           |    |    |          |                    |
| Sostenimiento para Niños                               |    |    |          |                    |
| Compensación de Desempleo                              |    |    |          |                    |
| Asignación Militar                                     |    |    |          |                    |
| Distribuciones de Juego<br>(Ganancias de Juego Casino) |    |    |          |                    |
| ¿Hay cualquier otro ingreso?<br>(Por favor indique.)   |    |    |          |                    |

34. **Esta sección es sobre el hogar de su esposo(a). Pasa esta sección si no está casada(o).**

|   |        |             |                                 |  |
|---|--------|-------------|---------------------------------|--|
| Dirección donde vive su esposo(a)<br><small>DHS-4574-SP (Rev. 3-05) La edición puede ser usada.</small> |        | 2           | No. de Teléfono de su Esposo(a) |  |
| Ciudad  | Estado | Zona Postal | Condado                         |  |

**Gastos del Hogar** — Marque SI o NO y escriba la respuesta sobre el hogar de su esposo(a).

|  | SI | NO | Cantidad | ¿Cuántas Veces se Pagan? |
|--|----|----|----------|--------------------------|
| ¿Tiene usted y/o su esposo(a) un gasto de la renta, hipoteca u hogar?                      |    |    |          |                          |
| ¿Tiene usted y/o su esposo(a) los gastos siguientes aparte de la renta o hipoteca:         |    |    |          |                          |
| • Seguro de la Renta   |    |    |          |                          |
| • Impuestos de la Propiedad  |    |    |          |                          |
| • Renta del Lote de la Casa Móvil  |    |    |          |                          |
| • Cálculos Especiales  |    |    |          |                          |
| • Seguro del Propietario   |    |    |          |                          |
| • Seguro Garantizado de la Hipoteca  |    |    |          |                          |
| • Honorarios de la Cooperativa/Condominio  |    |    |          |                          |
| ¿Tiene usted y/o su esposo(a) una obligación para pagar por la calefacción y/o utilidades? |    |    |          |                          |

## ASIGNACION DE BENEFICIOS

**Recobrar los Gastos Médicos.** Entiendo que cuando Michigan Department of Community Health (MDCH) paga los gastos de servicios de hospital, operación, o médico, cualquier derecho para recobrar gastos de una tercera persona o contrato público o privado, menos el Medicare, es transferido al MDCH. Pago de cualquier cantidad recobrada bajo dicho derecho se hace directamente al Estado de Michigan — MDCH.

## CESIONES

**Información de Social Security.** Autorizo a la Social Security Administration dar al Department of Human Services toda la información necesaria para determinar mi elegibilidad a beneficios bajo el programa de Medicaid hasta el segundo mes después de la fecha de vencimiento de mi elegibilidad basado en la solicitud actual.

**Información de Elegibilidad.** Entiendo que la información que he dado será usada para averiguar mi elegibilidad para Medicaid solamente y para los propósitos de administrar el programa de Medicaid.

## JURAMENTO

Bajo penalidades del perjurio, juro que esta solicitud ha sido examinada por o leída a mi, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos. Si soy una tercera parte solicitando sobre nombre de otra persona, juro que esta solicitud ha sido examinada por o leída al solicitante, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos.

Certifico, bajo castigo de perjurio, que toda la información que he escrito en esta forma o le he dicho a un especialista es verdad. Entiendo que puedo ser procesado(a) por perjurio si intencionalmente he dado información falsa. También sé que me pueden pedir pruebas de cualquier información que he dado. También sé que si intencionalmente he omitido cualquier información o si he dado información falsa, que me cause recibir asistencia a la cual **no** tengo derecho o más asistencia de la cual tengo derecho, puedo ser procesado(a) por fraude. Yo entiendo que yo debo divulgar cambios en mi ingreso, bienes o cobertura de seguro médico al Departamento dentro de 10 días del cambio.

Si usted tiene cualquieres preguntas, póngase en contacto con su especialista o el Department of Human Services antes del firmar la solicitud.

## IMPORTANTE: USTED DEBE FIRMAR LA SOLICITUD

Certifico que he recibido y he revisado una copia de los Declaraciones que explican información adicional sobre la solicitud y recibo de Medicaid.

|                                  |       |  |
|----------------------------------|-------|--|
| Firma (Paciente o Representante) | Fecha | Dos testigos solamente si es firmado por X Fecha<br>1. _____<br>2. _____ |
| Firma (Paciente o Representante) | Fecha | Dos testigos solamente si es firmado por X Fecha<br>1. _____<br>2. _____ |

**Si usted firmó este solicitud a nombre algún otro, termine la información abajo.**

|   |                    |                      |             |
|---|--------------------|----------------------|-------------|
| Nombre de persona llenando la solicitud | Número de Teléfono | Relación al Paciente |             |
| Dirección                               | Ciudad             | Estado               | Zona Postal |

## **INFORMACION SOBRE MEDICAID**

**Las reglas pueden haber cambiado después de la impresión. Comuníquese con su oficina local de DHS.**

Las palabras "Usted" y "Su" abajo se refieren al paciente. "Nosotros" quiere decir Department of Human Services. Si usted necesita ayuda con gastos médicos anteriores no pagados, la cobertura de Medicaid podrá empezar tres meses antes de la fecha en que usted aplique.

Usted podrá recibir Medicaid aunque no sea ciudadano de E.U. Es posible que la cobertura se limite solamente a servicios de emergencia.

Hay límites en la cantidad de ingresos y bienes que usted puede tener y ser elegible para Medicaid.

### **Recibiendo Servicios de Medicaid**

Usted debe informar todos sus proveedores (doctores, hospital, farmacia, etcétera) que usted ha solicitado para Medicaid antes de que usted reciba cualesquiera nuevos servicios médicos. No todos proveedores aceptan Medicaid. Escoga un proveedor quien acepta Medicaid.

Usted debe dar a sus proveedores médicos una copia de su tarjeta *mihealth* o aviso de aprobación tan pronto como se reciba. Este aviso informa cuando empezó su elegibilidad. Sus proveedores necesitan esta información para recibir pago pronto para los servicios médicos provistos a usted. Esta información también es necesaria para hacerle un reembolso si usted paga por un servicio cubierto por Medicaid entre la fecha que usted archiva una solicitud de audiencia administrativa del Department of Human Services después de una negación incorrecta de Medicaid y la fecha que su Medicaid es aprobada de resultado de su solicitud de audiencia.

Podíamos aprobar Medicaid hasta 3 meses antes que usted aplicó. Si lo hacemos, pida a sus proveedores que cobren a Medicaid por cualesquiera servicios cubiertos que usted recibió durante aquellos meses. Si usted pagó para cualquier de estas cuentas antes de que usted recibió su aviso de aprobación, pídale a sus proveedores de salud si le pueden reembolsar su dinero y cobrar a Medicaid. Proveedores no son requeridos hacer esto, pero muchos lo harán.

Sus proveedores tienen que someter sus cuentas a Medicaid dentro de doce (12) meses después de la fecha que usted recibió los servicios. Si se esperan más de doce (12) meses, tal vez Medicaid no pague la cuenta a no ser que la tardanza del cobro fue por la razón que usted tuvo que archivar un apelación para recibir beneficios de Medicaid.

### **Ingresos**

Usted cumple con los requisitos de ingresos si sus ingresos no son suficientes para pagar sus gastos médicos. Por lo regular usted pagará parte de los gastos del asilo y Medicaid pagará lo demás. Si usted tiene esposo(a) o hijos en su hogar, es posible que parte de sus ingresos se puedan proteger para ellos.

Contamos ingresos tales como beneficios del Seguro Social, pensiones, ingresos de renta, y beneficios de veteranos.

### **Bienes**

Los bienes contables deberán estar al límite de \$2,000 o menos, por lo menos parte de cada mes en que se pide Medicaid. Si usted tiene esposo(a) en su hogar:

- Al principio contamos sus bienes y los de su esposo(a). Protegemos una cantidad sustancial de bienes de su esposo(a). El resto no podrá exceder \$2,000 para que usted pueda ser elegible por Medicaid.
- Después de determinar su elegibilidad inicial, contamos solamente los bienes de usted. El límite de bienes es \$2,000.

Si sus bienes son más del límite de bienes, usted puede ser elegible por Medicaid si usa el exceso de sus bienes para pagar algunos de sus gastos médicos, gastos de vivienda, u otras deudas. Se le podrá pedir verificar cuándo y para qué propósito usó el exceso de sus bienes.

Es posible que Medicaid no pague por su cuidado si usted o su esposo(a) transfieren bienes o ingresos por menos del valor justo del mercado. Tomamos en cuenta las transferencias que ocurren hasta los 36 meses (60 meses para algunos fondos fiduciarios) previos, o en cualquier momento después de su primera fecha de aplicación por Medicaid, mientras esté en un asilo.

**Nursing Facility Eligibility (MDCH Publicación 726) (No está disponible en Español.)** - explique la elegibilidad para personas en o entrando a un asilo.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, creencias políticas o incapacidad. Si Ud. necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

**DECLARACIONES**  
Estado de Michigan  
Department of Human Services

**Esta es su copia de sus derechos y responsabilidades como un solicitante o recipiente de beneficios de Medicaid. Al firmar la solicitud usted declara que entiende sus derechos y responsabilidades y que solicitó solamente para Medicaid.**

**ASIGNACION DE BENEFICIOS**

1. **Recobrar los Gastos Médicos.** Entiendo que cuando Michigan Department of Community Health (MDCH) paga los gastos de servicios de hospital, operación, o médico, cualquier derecho para recobrar gastos de una tercera persona o contrato público o privado, menos el Medicare, es transferido al MDCH. Pago de cualquier cantidad recobrada bajo dicho derecho se hace directamente al State of Michigan — MDCH.

**DECLARACIONES**

2. **No se Discrimina:** Entiendo que si yo creo que he sido discriminado debido a raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estado matrimonial, incapacidad, o creencias políticas, tengo el derecho de presentar una queja con el: Regional Manager, Region V, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 233 N. Michigan Ave., Chicago, IL 60601, 800-368-1019, 800-537-7697 TDD.

3. **Reportando Cambios.** Entiendo que la Agencia necesita saber sobre cambios que puede afectar mi Medicaid. Le diré a la agencia de cualquier cambios dentro de diez días de ocurrir el cambio. Entiendo que si intencionalmente no hago esto, se me puede ser procesado por fraude o perjurio.

Los tipos de cambios que **DEBEN** ser reportados son:

- el recibo de o aumentación de ingreso tal como seguro social, beneficios de veteranos, retiro de ferrocarril, pensiones, retiro, beneficios de incapacidad o enfermas.
- el descargar o mover desde el asilo a otro arreglo de vivir.
- cambios en salud o cobertura de seguro del hospital o cantidad de premios.
- cualquier accidente o enfermedad o lesión relacionada al trabajo por donde los gastos médicos se pueden pagar por otra persona o una compañía de seguro.
- otra persona o una compañía de seguro está de acuerdo de pagar mis gastos médicos o se ordena por un corte.
- el recibo de una cantidad de dinero.
- el recibo de una herencia, cuenta bancaria, u otra propiedad o ingreso de o de nombre de otra persona.

Si usted tiene algunas dudas sobre como reportar un cambio en los circunstancias, pregunta a su oficina local de Department of Human Services.

4. **Audiencias:** Entiendo que si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada en cualquier asunto tocante a mi caso, tengo el derecho de pedir una Audiencia Administrativa. Entiendo que puedo pedir información sobre una Audiencia Administrativa llamando a la oficina local de Department of Human Services y puedo pedir una Audiencia Administrativa escribiéndole a la oficina local de Department of Human Services.

Entiendo que si yo quiero que otra persona pida una audiencia por mi o me represente a mi, esa persona debe primero tener autorización escrita a menos que esa persona sea mi abogado o mi esposo(a). Las Audiencias Administrativas de Department of Human Services deben tener una de las siguientes:

- mi declaración original firmada autorizando a la persona que pida una audiencia; o

- una copia de la orden de la corte nombrando a la persona como mi guardián o tutor.

De otro modo, mi petición de audiencia será denegada.

5. **Reembolso de Beneficios.** Entiendo que si yo recibo más beneficios de los que debo recibir, por culpa mía, tendré que reembolsar cualquier beneficios extras que he recibido.

6. **Estado de Inmigración.** Yo entiendo que, como parte de determinar mi elegibilidad para Medicaid, la información sobre mí se puede someter al Bureau of Citizenship and Immigration Services para verificar mi estado de inmigración.

7. **Investigaciones.** Entiendo que mi solicitud puede ser una de las escogidas para una investigación completa y que un representante de Department of Human Services puede llamarme y comunicarse con otras personas para verificar mi elegibilidad para la asistencia.

8. **Comprobación por Computadora.** Entiendo que, como parte de determinar mi elegibilidad para Medicaid, la información que doy en esta solicitud será verificada por comprobación por computadora con otras agencias públicas y privadas.

Los ingresos reportados por mi(s) empleador(es) al Department of Labor and Economic Growth serán comprobados con la información de ingresos que reporto a Department of Human Services. Mi número de seguro social será usado para comprobar esta información. Durante todo el año, mi número de seguro social será comprobado con otras fuentes, tales como el Internal Revenue Service (IRS), compensación de desempleo, y Social Security Administration tocante a ingresos o bienes.

La información obtenida por medio de esta comprobación puede ser verificada por medio de contacto colateral cuando se encuentren discrepancias. La información puede afectar ambos de mi elegibilidad y el nivel de mis beneficios.

9. **Información Médica.** Al firmar esta solicitud, entiendo que Department of Human Services y Michigan Department of Community Health, pueden conseguir y usar\* información médica necesaria acerca de mi o cualquier de mis menores en tutela o mis niños menores, incluyendo cualquier información relacionada con las enfermedades VIH, ARC, o SIDA si es aplicable. Esta información solamente será obtenida y usada como sea necesario para determinar elegibilidad para un programa específico o para otros asuntos administrativos del programa.

\*Algunos ejemplos de los usos son con auditores, cuidadores, etc. La ley estatal (MCL 333.5131(8)) provee que una persona que divulga información acerca de VIH, ARC, o SIDA con excepción que tiene permiso autorizado por escrito podrá ser juzgado "culpable de un delito menor con el castigo de encarcelamiento por no más de un año o una multa no más de \$5,000.00, o ambos, y es responsable por una demanda civil por daños reales o \$1,000.00, cual sea mayor, y gastos y costos razonables del abogado."

10. **Información de Seguro Social.** Autorizo a la Social Security Administration dar a Department of Human Services toda la información necesaria para determinar mi derecho para los beneficios bajo Medicaid hasta el segundo mes después de la fecha de vencimiento de mi elegibilidad basado en la solicitud actual.

11. **Información de Elegibilidad.** Entiendo que la información que he dado será usada para averiguar si soy elegible para Medicaid solamente y para los propósitos de administrar el programa de Medicaid.