



MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
FAMILY SUPPORT DIVISION

SOLICITUD DE EXENCIÓN POR DIFICULTADES EXCESIVAS PARA MO HEALTHNET

FROM	ELIGIBILITY SPECIALIST	TELEPHONE NUMBER	DATE
	OFFICE ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)		
TO	NAME	CASE NAME	
	ADDRESS (STREET)	CASE NUMBER	
	CITY, STATE, ZIP CODE	TELEPHONE NUMBER	

Use este formulario para solicitar una Exención por Dificultades Excesivas o para autorizar al asilo donde reside que solicite la exención en su nombre. Describa en el espacio disponible en el reverso de este formulario el grado de sus dificultades y las razones por las que esta penalización en la transferencia de activos pondrá en peligro su salud, su vida o lo privará de alimentos, ropa, vivienda u otras necesidades vitales.

Además de su testimonio en el reverso de este formulario, envíe los siguientes comprobantes:

1. Una declaración firmada por usted (o su representante autorizado) que describa si los activos transferidos son recuperables o, en el caso de que no lo sean, indique los esfuerzos legales que se llevaron a cabo para recuperar los activos transferidos.

Y

2. Comprobante de que existirá una dificultad excesiva al imponerse el período de penalización.

Si actualmente se encuentra en un asilo, envíe:

- Una copia de la notificación enviada del asilo que indica tanto la fecha del alta involuntaria como la ubicación alternativa, o algo que compruebe que si no se le otorga la Exención por Dificultades Excesivas, se le privará de la atención médica al grado que su salud o su vida estarán en peligro, o se le privará de alimentos, ropa, vivienda u otras necesidades vitales.

Si está solicitando o recibiendo Home and Community Based Service (HCB), Missouri's Children with Developmental Disabilities (MOCDD) o Program of All Inclusive Care for the Elderly (PACE, proporcione:

- una estimación del costo de los servicios de atención a largo plazo necesarios para satisfacer sus necesidades médicas y correctivas, según lo determinado por su DHSS Care Manager, y
- una estimación de sus gastos mensuales en alimentos, vivienda, ropa y otras necesidades vitales.

Autorización para que el administrador del asilo lo represente

El asilo donde reside también puede realizar la solicitud de Dificultades Excesivas en su nombre, pero para ello debe contar con su permiso. Si desea que el asilo donde reside le ayude a solicitar Dificultades Excesivas, marque la siguiente casilla y escriba el nombre del administrador del asilo.

☐ Yo,	_____	autorizo que	_____
	Escriba su nombre		Nombre del administrador del asilo
	_____		_____
	Nombre del asilo		Dirección del asilo

presente una solicitud de Exención por Dificultades Excesivas en mi nombre, con el fin de determinar la existencia o la ausencia de dificultades excesivas.

Si el administrador del asilo cuenta con el permiso de usted, el administrador puede representarlo durante el proceso de apelación si su solicitud de Dificultades Excesivas fuese rechazada. Marque la casilla junto al siguiente enunciado y proporcione los datos del administrador del asilo donde usted reside para autorizar que el administrador lo represente durante todo el proceso de apelación.

☐ Yo, _____ autorizo que _____
Escriba su nombre Nombre del administrador del asilo

Nombre del asilo Dirección del asilo

me represente y/o presente una apelación en mi nombre si se negara mi solicitud de Dificultades Excesivas.

Use el espacio a continuación para explicar el grado de sus dificultades y las razones por las que esta penalización en la transferencia de activos pondrá en peligro su salud, su vida o lo privará de alimentos, ropa, vivienda u otras necesidades vitales. Anexe una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

Mi firma a continuación certifica, bajo pena de perjurio, que todas las manifestaciones contenidas en esta solicitud de exención son verdaderas, correctas y precisas.

FIRMA (SOLICITANTE O PARTICIPANTE)

FECHA EN QUE SE FIRMA

TUTOR LEGAL/REPRESENTANTE
AUTORIZADO

FECHA EN QUE SE FIRMA