



Need help with your application?

Call us at 1-855-373-4636. If you need help in a language other than English, tell the customer service representative the language you need. TTY users can call: 1-800-735-2966. If you are blind or visually impaired and would like information regarding Rehabilitation Services for the Blind, please call 1-800-592-6004.

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llámenos al 1-855-373-4636. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, indique el idioma que prefiere al representante del servicio al cliente. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-800-735-2966. Si usted es invidente o tiene una discapacidad visual y desea información sobre los Servicios de Rehabilitación para Invidentes, por favor llame al 1-800-592-6004.

Envíe su solicitud llena a:
Greene County FSD 101
Park Central Square
Springfield MO 65806
Fax: (417) 895-6080
O haga su solicitud
en línea en
<https://mydss.mo.gov/>



MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
FAMILY SUPPORT DIVISION
SOLICITUD DE MO HEALTHNET (MEDICAID)

FOR OFFICE USE ONLY

DATE APPLIED

SECCIÓN 1: Su información básica

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL SOLICITANTE (NOMBRES, APELLIDOS)

DCN #1

DCN #2

NOMBRE DE SOLTERA (EN CASO CORRESPONDIENTE)

DOMICILIO (NÚMERO DE CASA, CALLE O RUTA RURAL, CÓDIGO POSTAL, SIN HOGAR)

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL (EN CASO DE SER DISTINTA DEL DOMICILIO)

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO PRINCIPAL

CEL. CASA TRABAJO
OTRO:

TELÉFONO ALTERNO

CEL. CASA TRABAJO
OTRO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

Tel. *SMS Correo electrónico Correo postal *No en todas las regiones hay disponible servicio de SMS.

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

RAZA* (OPCIONAL)

SEXO

HISPANO (OPCIONAL)

M

F

SÍ

NO

* 1. CAUCÁSICO 2. NEGRO, AFROAMERICANO 3. NATIVO AMERICANO O DE ALASKA 4. ASIÁTICO 5. NATIVO HAWAIIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

Yo, el solicitante de arriba, solicito MO HealthNet en apego a las leyes del estado de Missouri.

Marque todo lo que corresponda para su caso **o el de su cónyuge, en caso de que su cónyuge desee cobertura.**

- ☐ Tengo/Tenemos más de 65 años de edad.
- ☐ Estoy/Estamos discapacitado/s y recibo/recibimos Social Security disability o SSI.
- ☐ Estoy/Estamos discapacitado/s y no recibo/recibimos Social Security disability o SSI.
Si marca esta casilla, también llene el Apéndice A para ayudarnos a determinar si cumple con los requisitos de discapacidad.
- ☐ Tengo/Tenemos una discapacidad visual.
Si marca esta casilla, también llene la sección 8 de esta solicitud para saber si puede acceder a los programas para invidentes.
- ☐ Vivo/Vivimos en un asilo de ancianos o un centro similar.
Si marca esta casilla, por favor proporcione la siguiente información:

NOMBRE DEL CENTRO

DIRECCIÓN DEL CENTRO

- ☐ Tengo/Tenemos más de 65 años de edad y necesito/necesitamos atención de enfermería en el hogar.
Si marca esta casilla, también llene el Apéndice B en caso de estar casado/s y si alguno de ustedes vive en un asilo de ancianos o necesita atención de enfermería especializada en el hogar.
- ☐ Ayudo/Ayudamos a pagar las primas de Medicare y los costos del coseguro.
- ☐ Pago/Pagamos impuestos sobre la renta y deseamos cobertura del programa Ticket to Work.
Si marca esta casilla, es posible que pueda acceder a MO HealthNet pagando una prima.
- ☐ Ayudo/Ayudamos a pagar las facturas de gastos médicos de los últimos 3 meses.
- ☐ Tengo/Tenemos un cuidador, tutor, poder notarial u otra persona que nos representa.
Si marca esta casilla, llene el Apéndice C para nombrar un representante autorizado, o proporcione los documentos de su cuidador, tutor o poder notarial. Después proporcione la información de contacto de su representante en la página 7.

Todos los solicitantes deben llenar las secciones de la 2 a la 7

SECCIÓN 2: Su hogar									
Primero registre a su cónyuge y luego a cualquier otra persona que viva con usted o con quien viviría si usted no estuviera en un asilo.									
NOMBRE (NOMBRES, APELLIDOS)	(SOLTERA)	HISPANO S/N (opcional)	RAZA* (opcional)	S E X O	PARENTESCO CON USTED (cónyuge, hijo, hermana, amigo)	FECHA DE NACIMIETNTO	MARQUE (✓) SI SOLICITA	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (si está solicitando)	LUGAR DE NACIMIENTO (si está solicitando)
							☐		
							☐		
							☐		
							☐		
* 1. CAUCÁSICO 2. NEGRO, AFROAMERICANO 3. NATIVO AMERICANO O DE ALASKA 4. ASIÁTICO 5. NATIVO HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO									
¿ESTÁ CASADO Y VIVE CON SU CÓNYPUGE, O VIVÍA CON SU CÓNYPUGE CUANDO INGRESÓ AL ASILO?									
☐ Sí ☐ No									
Si eligió 'Sí', necesitamos información sobre los recursos y el ingreso de su cónyuge, aunque su cónyuge no necesita solicitar cobertura.									
INGRESE LA FECHA EN QUE SE CASARON									
SECCIÓN 3: DINERO DISPONIBLE PARA USTED									
¿USTED O SU CÓNYPUGE FORMAN PARTE DE UN FIDEICOMISO?									
☐ Sí ☐ NO									
Si eligió 'Sí', debemos revisar el fideicomiso completo. Proporciónelo e indique la siguiente información:									
NOMBRE Y FECHA DEL FIDEICOMISO					¿CUAL ES LA FUNCIÓN DE USTED O SU CÓNYPUGE EN EL FIDEICOMISO?				
Cuento/Contamos con los siguientes recursos (incluidos activos del fideicomiso a los que tiene acceso): Marque (✓) en todo lo que corresponda.									
DINERO EN EFECTIVO Y TÍTULOS		PROPIETARIO		NO. CUENTA		BANCO/UBICACIÓN		VALOR	
☐ Cuentas corrientes/cuentas corrientes conjuntas								\$	
☐ Cuentas de ahorro/cuentas de ahorro conjuntas, ahorro de Club de Navidad, certificados de depósito								\$	
☐ Cuentas de cooperativas de crédito								\$	
☐ Tarjeta de prepago (además de EBT) Ejemplo: Tarjeta de Social Security Income								\$	
☐ Cuentas de pacientes en un asilo u otra institución								\$	
☐ Dinero en efectivo				N/A				\$	
☐ Acciones, bonos, IRA, planes de jubilación, otras inversiones								\$	
☐ Anualidades (necesitaremos el contrato completo)								\$	
☐ Notas de hipotecas que le adeudan								\$	
PLAN FUNERARIO DE PREPAGO									
POSEO/POSEEMOS 1 O MÁS PLANES FUNERARIOS DE PREPAGO									
☐ Sí ☐ NO									
Si eligió 'Sí', llene lo siguiente:									
NOMBRE DEL ASEGURADO	CASA FUNERARIA	POLÍTICA/CONTRATO #	VALOR DE RESCATE EN EFECTIVO		¿REVOCABLE O REEMBOLSABLE?				
					☐ Sí ☐ No				
					☐ Sí ☐ No				
					☐ Sí ☐ No				

MO 886-3846 (7-15)

Pág. 3 de 7

PERMANENT iM-1Ma (06/19)

Recibo/Recibimos ingresos de las siguientes fuentes. Marque (✓) en todo lo que corresponda.

INGRESO NO PROVENIENTE DEL TRABAJO	¿QUIÉN LO RECIBE?	¿DE DÓNDE PROVIENE?	MONTO POR MES
☐ Social Security Número de solicitud:		n/a	\$
☐ SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)		n/a	\$
☐ Fideicomisos y anualidades			\$
☐ Pensiones (no veteranos), jubilación e incapacidad			\$
☐ Intereses o dividendos			\$
☐ Seguro de desempleo			\$
☐ Indemnización por accidente laboral			\$
☐ Pensión de jubilación del sector militar			\$
☐ Indemnización por accidente laboral			\$
☐ Dinero de amigos o familiares			\$
☐ Pagos de VA (marque todo lo que corresponda) ☐ Pensiones de veteranos (VA) ☐ Indemnización de incapacidad ☐ Compensación DIC ☐ Aid & Attendance ☐ Prestación para personas confinadas al hogar ☐ Reembolsos de gastos médicos		n/a	\$ \$ \$ \$ \$ \$
☐ Otro (explique de dónde proviene el dinero e indique el monto)			

INGRESOS PROVENIENTES DEL TRABAJO	EMPLEADOR	INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS	¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE ESTE MONTO? (MARQUE UNO)
☐ Tengo un empleo			☐ A LA SEMANA ☐ CADA 15 DÍAS ☐ 2 VECES AL MES ☐ AL MES
☐ Mi cónyuge tiene un empleo			☐ A LA SEMANA ☐ CADA 15 DÍAS ☐ 2 VECES AL MES ☐ AL MES
☐ _____ tiene un empleo			☐ A LA SEMANA ☐ CADA 15 DÍAS ☐ 2 VECES AL MES ☐ AL MES
AUTOEMPLEO	¿QUIÉN ESTÁ AUTEMPLEADO?	TIPO DE NEGOCIO	INGRESO MENSUAL DESPUÉS DE IMPUESTOS Y GASTOS
☐ Alguien en mi hogar o yo tenemos un autoempleo			\$ _____

Mi cónyuge y yo pagamos estos gastos

TIPO DE GASTO	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA PAGA?
☐ Servicios (no incluye teléfono)	\$	
☐ Hipoteca	\$	
☐ Alquiler	\$	
☐ Impuestos de bienes inmuebles	\$	
☐ Seguro de vivienda	\$	
☐ Gastos de mantenimiento de condominio	\$	
☐ Teléfono	\$	

LLENE ESTA SECCIÓN SI PAGA MANUTENCIÓN INFANTIL O PENSIÓN ALIMENTICIA					
NÚMERO DE CASO		MONTO POR MES		¿EN CUÁL ESTADO SE ORIGINA LA ORDEN?	
		\$			
		\$			
		\$			
SECCIÓN 5: Su ciudadanía y residencia					
1. SOY/SOMOS HABITANTES DE MISSOURI Y PLANEÓ/PLANEAMOS PERMANECER EN MISSOURI ☐ SÍ ☐ NO					
2. TODOS LOS SOLICITANTES SON CIUDADANOS ESTODUNIDENSES ☐ SÍ ☐ NO Si eligió 'No', llene lo siguiente:					
NOMBRE DEL SOLICITANTE EXTRANJERO		ESTATUS MIGRATORIO		NÚMERO DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO
3. ACEPTO/ACEPTAMOS SOLICITAR OTROS BENEFICIOS A LOS QUE PODRÍA/PODRÍAMOS ACCEDER (RSDI, SSI, VA, ETC.) ☐ SÍ ☐ NO Si eligió 'No', es posible que no pueda acceder a MO Healthnet.					
SECCIÓN 6: Sus bienes personales					
TRANSFERENCIA DE BIENES O DINERO					
¿ALGUIEN EN SU HOGAR HA VENDIDO O DONADO DINERO, VEHÍCULOS O BIENES EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS? ☐ SÍ ☐ No Si eligió 'Sí', llene lo siguiente:					
DINERO, VEHÍCULO O PROPIEDAD VENDIDO O DONADO			FECHA DE LA VENTA O LA DONACIÓN		
PERSONA A LA QUE SE VENDIÓ O DONÓ			MOTIVO		
VALOR DEL DINERO, EL VEHÍCULO O EL BIEN \$			MONTO RECIBIDO \$		
VEHÍCULOS					
Incluya carros, camionetas, vans, motocicletas, vehículos recreativos, etc. ☐ No poseo/poseemos ningún vehículo.					
MARCA/MODELO	AÑO	PROPIETARIO	VALOR	MONTO ADEUDADO	¿CÓMO SE USA?
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
BIENES INMUEBLES					
ESTOY/ESTAMOS COMPRANDO BIENES INMUEBLES. ☐ SÍ ☐ NO Si eligió 'Sí', anexe una copia de la escritura					
INGRESE LA DIRECCIÓN O LA UBICACIÓN (en caso de hogares móviles, vaya a bienes personales)	PROPIETARIO	VALOR	MONTO ADEUDADO	¿CÓMO SE USA? (hogar, alquiler, parcela, otro)	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		
BIENES PERSONALES					
Poseo/Poseemos los siguientes tipos de bienes personales (incluya activos de fideicomiso a los que tenga acceso). Marque (✓) en todo lo que corresponda.					
TIPO DE PROPIEDAD	¿CUÁNTOS?	DESCRIPCIÓN	VALOR	MONTO ADEUDADO	
☐ Hogar móvil ☐ Marque aquí si es su hogar			\$	\$	
☐ Maquinaria para granja (incluye tractores)			\$	\$	
☐ Ganado			\$	\$	
☐ Granos p/ cultivo o productos almacenados			\$	\$	
☐ Equipamiento para negocio			\$	\$	
☐ Remolque (utilitario, para botes, etc.)			\$	\$	
☐ Bote			\$	\$	

☐ Aeronave			\$	\$
☐ Reclamos de bienes en tribunal de sucesiones			\$	\$
☐ Otros (indíquelos)			\$	\$

SECCIÓN 7: Su seguro

TENGO/TENEMOS SEGURO DE VIDA
☐ SÍ ☐ NO Si eligió 'Sí', llene lo siguiente:

PERSONA ASEGURADA	ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR EN EFECTIVO
			\$
			\$
			\$

TENGO/TENEMOS MEDICARE
☐ SÍ ☐ NO
Si eligió 'Sí', escriba los nombres de las personas que tienen Medicare:

TENGO/TENEMOS SEGURO DE CUIDADOS PROLONGADOS
☐ SÍ ☐ NO Si eligió 'Sí', llene lo siguiente:

Nombre de la persona con seguro de cuidados prolongados	ASEGURADORA	NO. DE PÓLIZA	PRIMA (POR MES)
			\$
			\$

TENGO/TENEMOS OTRO SEGURO DE ATENCIÓN MÉDICA
☐ SÍ ☐ NO Si eligió 'Sí', llene lo siguiente:

PERSONA ASEGURADA	ASEGURADORA	TIPO DE COBERTURA	NO. DE PÓLIZA	PRIMA (POR MES)
				\$
				\$

SI PUEDE RECIBIR PAGOS EN EFECTIVO Y TIENE UNA CUENTA, ¿DESEA QUE EL DINERO EN EFECTIVO INGRESE DIRECTAMENTE A SU CUENTA?
☐ SÍ, DESEO DEPÓSITO DIRECTO ☐ NO, NO DESEO DEPÓSITO DIRECTO

Llene esta sección (Sección 8) solo si desea Blind pension o Supplemental Aid to the Blind.

SECCIÓN 8: Blind pension y Supplemental aid to the Blind

1. ¿Su cónyuge o padre puede ver?	☐ SÍ ☐ NO
2. ¿Pide o mendiga por dinero?	☐ SÍ ☐ NO
3. ¿Ha solicitado o acepta solicitar Supplemental Security Income (SSI) como condición de elegibilidad?	☐ SÍ ☐ NO
4. ¿Se ha sometido a una cirugía de los ojos durante los últimos cinco años?	☐ SÍ ☐ NO
5. Si tiene menos de 75 años, ¿está dispuesto a recibir tratamiento médico o someterse a una operación para corregir su ceguera?	☐ SÍ ☐ NO
6. ¿Está usted dispuesto a desempeñar un trabajo o capacitarse para un trabajo que le sea adecuado?	☐ SÍ ☐ NO
7. ¿Tiene usted un oculista (ya sea un oftalmólogo o un optometrista)? Si respondió 'Sí', llene lo siguiente:	☐ SÍ ☐ NO

CENTRO Y NOMBRE DEL DOCTOR

DOMICILIO (NÚMERO DE CASA, CALLE O RUTA RURAL, CÓDIGO POSTAL)	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
---	-------------------------------

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN OCULAR	FECHA DE LA SIGUIENTE CITA
--------------------------------	----------------------------

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES: LEA DETENIDAMENTE LO SIGUIENTE Y FIRME AL CALCE

Comprendo/Comprendemos que es ilegal obtener o intentar obtener beneficios a los que no tengo/tenemos derecho. Si realizo afirmaciones o declaraciones falsas o si omito algún hecho relevante, parcialmente o en su totalidad, podría quedar sujeto a un juicio criminal y/o civil.

Autorizo/Autorizamos al director de Family Support Division, o la persona a quien designe, que investigue y compruebe estas circunstancias y declaraciones.

Comprendo/Comprendemos que si no estoy/estamos de acuerdo con la decisión sobre nuestra elegibilidad, puedo/podemos solicitar una audiencia imparcial comunicándonos con la oficina local de Family Support. La solicitud de audiencia debe recibirse en un plazo de 90 días a partir de que se tome la decisión de elegibilidad.

Comprendo/Comprendemos que debo/debemos informar sobre cualquier cambio en las condiciones en un plazo de diez días a partir de que las mismas se susciten.

Comprendo/Comprendemos que debo/debemos proporcionar los números del Seguro Social (SSN) de todas las personas que solicitan MOHealthNet. El SSN se usa para determinar la elegibilidad y verificar información (Sección 1137 del Social Security Act).

Comprendo/Comprendemos que tengo/tenemos derecho a recibir un trato justo e igualitario independientemente de mi/nuestra raza, color, religión, nacionalidad de origen, sexo, ascendencia, edad, orientación sexual, condición de veterano o discapacidad.

Comprendo/Comprendemos que el State de Missouri puede interponer una demanda en contra de mi/nuestro patrimonio para recuperar cualquier tipo de asistencia recibida. Esto no se aplica a los programas Qualified Medicare Beneficiary y Specified Low Income Medicare Beneficiary.

Comprendo/Comprendemos que debo/debemos proporcionar información integral sobre cualquier beneficio de seguro médico o de accidentes que esté disponible para cualquier miembro del hogar y debo/debemos dar a conocer, en un plazo de 30 días, cualquier accidente por el que se reciba atención médica.

Por este medio, autorizo/autorizamos que cualquier proveedor de beneficios médicos que me/nos facilite servicios o productos en virtud de MO HealthNet, dé a conocer al Department of Social Services y sus representantes, todos los registros relacionados con dichos servicios o productos.

Comprendo/Comprendemos que al solicitar y aceptar MO HealthNet, se asignan los derechos al Department of Social Services, MO HealthNet Division para realizar el pago de la atención médica por parte de un tercero.

Siempre y cuando cumpla/cumplamos con los requisitos para recibir asistencia, deseo/deseamos que los pagos que sean efectuados por MO HealthNet Division y/o el programa de seguro médico Title XVIII, se hagan directamente a los médicos y proveedores de servicios médicos a través de las facturas que deban pagarse por dichos servicios médicos u otros servicios de salud que me/nos proporcionen y que estén incluidos en la cobertura mientras tenga/tengamos derecho a recibir MO HealthNet.

Si firma esta solicitud electrónicamente: Al ingresar mi nombre, acepto enviar esta solicitud mediante medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y la validez de una firma manuscrita.

Al firmar esta solicitud, en papel o de forma electrónica, nos da permiso para realizar o pedir que le realicen llamadas telefónicas relacionadas con su caso desde un sistema de marcación automática al número de teléfono principal que proporcionó en la página 2. No es necesario aceptar esto como parte de su solicitud. Si prefiere no recibir estas llamadas, marque este recuadro: ☐

Mi firma a continuación certifica, bajo pena de perjurio, que todos los testimonios contenidos en este informe de elegibilidad son verdaderos, correctos y precisos.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA
FIRMA EN NOMBRE DEL SOLICITANTE			FECHA

SI FIRMA EN NOMBRE DEL SOLICITANTE, DEFINA SU RELACIÓN CON EL SOLICITANTE:

- ☐ Tutor o cuidador ☐ Poder/Poder notarial ☐ Representante del patrimonio
- ☐ Representante autorizado (llene el formulario IM-6 AR del Apéndice C) ☐ Familiar
- ☐ Abogado en representación del solicitante (ingrese el documento de apersonamiento)

Ingrese su nombre e información de contacto a continuación.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (NOMBRES, APELLIDOS)

DIRECCIÓN POSTAL DEL REPRESENTANTE

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL