



INFORMACIÓN SOBRE LA REVISIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER A MO HEALTHNET

Debemos llevar a cabo una revisión anual de su elegibilidad para acceder a MO HealthNet. Para determinar si usted aún cumple los requisitos correspondientes, por favor, responda todas las preguntas de este formulario. La información referente a raza y grupo étnico es sólo para fines estadísticos y no es necesario que la proporcione. Indicar el número del Seguro Social es un requisito obligatorio sólo para personas que reciben o solicitan cobertura de MO HealthNet.

Después de llenar el formulario, firme donde se localiza la inscripción "Firma/Declaración jurada/Huella". Devuelva este formulario a la dirección del remitente o llévelo a cualquier oficina cercana de la División de Apoyo a la Familia, antes de la fecha *** _____ ***.

Si actualmente cuenta con un empleo, incluya un comprobante de su ingreso familiar, como copias de sus más recientes talones de pago o recibos de nómina por 30 días, una carta de su empleador o una copia de su última declaración de impuestos, en caso de que trabaje por cuenta propia.

Es necesario que verifiquemos recursos tales como estados bancarios, estados trimestrales de cuentas de jubilación o informes escritos de instituciones financieras. Estos documentos le serán devueltos si así lo requiere.

Si no devuelve este formulario, su cobertura de MO HealthNet podría ser cancelada. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el **Centro de Información de la División de Apoyo a la Familia, al 855-373-4636.**

¿Desea registrarse para votar? En caso afirmativo, simplemente llene el formulario de registro en el padrón electoral que se incluye con este formulario de revisión y entréguelo junto con el mismo, o bien, en cualquier oficina cercana de la División de Apoyo a la Familia.

Instrucciones: Por favor, lea atentamente cada sección antes de responder. Sus respuestas serán usadas para determinar si usted aún cumple los requisitos necesarios para acceder a MO HealthNet. Si necesita ayuda para llenar el formulario, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Información de la División de Apoyo a la Familia. Use tinta para responder las preguntas. Responda de manera precisa y cabalmente. Es posible que se le solicite que compruebe sus testimonios de alguna manera. Adjunte una hoja adicional o use la sección "Información adicional" si necesita más espacio para escribir sus repuestas.

Representante de la Unidad de Elegibilidad		Supercase	DCN	
Domicilio		Ciudad	Estado	C.P.
Teléfono actual	Teléfono de trabajo o de mensajes		Número load	

A continuación escriba su nombre y después el de todas las personas que viven con usted.

Nombre (Nombres y apellidos) (Apellido de soltera)	Hispano S/N	Raza*/ Sexo	Parentesco con USTED (soy yo)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social

*1 Caucásico 2 Negro o afroamericano 4 Nativo americano/Nativo de Alaska 5 Asiático 6 De las Islas del Pacífico/Nativo hawaiano

¿Usted o su cónyuge, de estar casados, habitan o planean ingresar en un centro residencial y de atención médica o un hogar de ancianos? Si su respuesta es 'Sí', indique quién: _____

Dónde: _____ Cuándo: _____

Soy/Somos habitantes de Missouri y planeo/planeamos permanecer en Missouri. Sí No

¿Ha ocurrido algún cambio en la condición migratoria o de ciudadanía de los individuos que actualmente habitan en su hogar y reciben MO HealthNet? Sí No Si su respuesta es 'Sí', escriba en los espacios en blanco los nombres de las personas cuya condición haya cambiado, junto con la información actual.

Nombre	Condición migratoria	Número de registro	Fecha de ingreso

FORMULARIO DE REVISIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER A MO HEALTHNET DCN: _____

¿Alguna persona de su hogar es invidente o discapacitada? Sí No Si respondió 'Sí', indique quién: _____

Si indicó que usted es invidente:

1. ¿Su cónyuge puede ver sin problemas? Sí No
2. ¿Usted pide limosnas? Sí No
3. ¿Se ha sometido a una cirugía ocular desde su última solicitud o la última revisión? Sí No
4. Si tiene menos de 75 años de edad, ¿está dispuesto a someterse a un tratamiento médico o una operación para corregir su ceguera? Sí No
5. Si se lo recomendaran, ¿estaría dispuesto a aceptar una capacitación vocacional o un empleo adecuado para usted? Sí No
6. ¿Cuenta con el apoyo de alguna institución pública, médica o privada, o bien, habita en alguna de las mismas? Sí No

DINERO EN EFECTIVO Y VALORES. BIENES PERSONALES

Poseo/Poseemos los siguientes bienes personales, dinero en efectivo o valores.	SÍ	NO	A NOMBRE DE:	UBICACIÓN	VALOR		
a. Cuentas corrientes/cuentas corrientes conjuntas Números de cuenta:							
b. Cuentas de ahorro, cuentas de ahorro conjuntas Números de cuenta:							
c. Cuentas de paciente en un asilo de ancianos u otra institución.							
d. Ahorros o dinero en efectivo en casa, en mi persona o en posesión de otra persona.							
e. Acciones, bonos u otras inversiones. Indique la cantidad, en caso de poseerlos.							
f. Pagarés y pagarés hipotecarios que le adeudan							
g. Fondos fiduciarios							
h. Pólizas de renta anual o anualidades							
i. Certificados de depósito							
j. Fondos de retiro							
k. Propiedades en un tribunal testamentario							
l. Propiedades en caja de seguridad (indique la ubicación y el contenido de la caja)							
			UBICACIÓN	VALOR	DEUDA		
m. Muebles de hogar (en uso)							
n. Muebles de hogar (no utilizados)							
o. Casa remolque (casa móvil)							
p. Joyería (distinta de anillos de bodas y compromiso, relojes o bisutería)							
q. Equipo de negocios							
r. Ganado, granos, productos, equipo agrícola, herramientas, etc.							
s. Otro (explique)							
t. Vehículos (incluya vehículos recreativos y embarcaciones)	MARCA	AÑO	PROPIETARIO	CON LICENCIA SÍ/NO	VALOR	DEUDA	CÓMO SE USA

FORMULARIO DE REVISIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER A MO HEALTHNET							DCN: _____	
BIENES INMUEBLES								
Poseo/Poseemos o voy/vamos a adquirir bienes inmuebles. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
INDIQUE DE QUÉ TIPO Y SU LOCALIZACIÓN	¿QUIÉN TIENE LA HIPOTECA?	NÚMERO DE PRÉSTAMO	NOMBRE QUE MUESTRA EL TÍTULO DE PROPIEDAD	VALOR ACTUAL	MONTO ADEUDADO	CAPITAL	¿CÓMO SE UTILIZA?	
TRANSFERENCIA DE RECURSOS O PROPIEDADES								
¿Alguien en su hogar ha vendido u obsequiado dinero, vehículos, bienes u otros recursos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Si su respuesta es 'Sí', responda lo siguiente:								
¿Qué? _____								
¿Cuándo? _____								
¿A quién? _____								
¿Por qué? _____ Cantidad recibida \$ _____								
SEGURO DE VIDA ¿Alguien en su hogar posee una póliza de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL	NOMBRE DE QUIEN PAGA	FECHA DE COMPRA	IRREVOCABLE SÍ/NO		
SEGURO MÉDICO (Además de MO HealthNet):								
Cuento/Contamos con un seguro médico. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es 'Sí', proporcione la siguiente información:								
Nombre del asegurado	Nombre de la compañía	Número de la póliza	Titular de la póliza	Cantidad	Tipo de cobertura (doctor u hospital). De ser limitada, explique			
INGRESOS								
Por favor, incluya un comprobante de sus ingresos, como copias de sus más recientes talones de pago o recibos de nómina por 30 días, una carta de su empleador o una copia de su última declaración de impuestos si trabaja por cuenta propia, una carta de concesión del Seguro Social o de pensiones. Estos documentos le serán devueltos si así lo requiere								
¿Alguien en su hogar se encuentra empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es 'Sí', responda lo siguiente y adjunte un comprobante:								
NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR	TASA DE PAGO	POR*	FECHA DEL CHEQUE	FECHA DE RECEPCIÓN	INGRESO BRUTO	PROPINAS, ETC.
*Hora Día Semana Cada dos semanas Dos veces al mes Mes								
¿Alguien en su hogar tiene un negocio propio o algún tipo de empleo propio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Si respondió 'Sí', indique quién: _____. Si respondió 'Sí', complete lo siguiente y adjunte un comprobante.								
Describa el tipo de empleo propio (cuidado de niños, ingresos agrícolas, otro): _____								
Ingrese el monto obtenido _____ Por * <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes								
¿Prevé algún cambio en su empleo, las horas trabajadas o los salarios recibidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Si su respuesta es 'Sí', explique: _____								
¿Hay alguna persona que tenga planeado empezar a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es 'Sí', indique quién: _____								
Dónde: _____ Cuándo: _____								

FORMULARIO DE REVISIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER A MO HEALTHNET

DCN:

LEA CON ATENCIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME EN LA PARTE INFERIOR:

Autorizo/Autorizamos que el Departamento de Servicios Sociales, a través del Director de Apoyo a la Familia o su designado, lleve a cabo una investigación de estos testimonios y circunstancias.

Proporcionaré/Proporcionaremos los Números del Seguro Social (SSN) de todas las personas que soliciten o reciban asistencia pública. Lo anterior es una condición de elegibilidad, excepto para Pensiones para Invidentes. Su SSN se utilizará para determinar el nivel de elegibilidad de los beneficios, verificar información, evitar duplicación de participantes y agilizar cambios masivos en los beneficios federales (Sección 1137 de la Ley del Seguro Social). Entre las agencias a las que se contactan para obtener información sobre ingresos y elegibilidad, se encuentran la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y la División de Seguridad de Empleo de Missouri. Parte de la información se obtiene mediante un programa electrónico de cotejo.

Notificaré/Notificaremos con prontitud al Departamento de Servicios Sociales sobre cualquier cambio en los ingresos, gastos, patrimonio inmobiliario, condiciones financieras, composición del hogar y cambios en los domicilios.

Lo anterior es para certificar, bajo pena de perjurio, que la información precedente es verdadera, precisa y completa. Comprendo/Comprendemos que, conforme a las leyes aplicables del estado de Missouri y/o de los Estados Unidos, es posible que se sancione todo reclamo, testimonio o documento falso, así como el encubrimiento de hechos materiales.

Se comete un delito cuando mediante un acto o una serie de actos, una persona defrauda al estado por ciento cincuenta dólares o más, el cual la División de Correccionales de Missouri castiga, tras dictarse sentencia, con prisión durante un período no mayor de cinco años; o con reclusión en la cárcel del condado durante un período no mayor de un año; o con una multa que no exceda de mil dólares; o con ambos castigos; y si la cantidad es menor de ciento cincuenta dólares (\$150), se considera un delito menor.

Cuando una persona tramita una solicitud para recibir pagos monetarios, servicios hospitalarios, médicos, dentales o farmacéuticos o productos que se suministran en apego a las disposiciones del capítulo 208 o 209 de RSMo, y la persona deliberadamente: (a) manifiesta, o (b) dispone que se manifiesten, o (c) ayuda o incita a otra persona a manifestar testimonios falsos o tergiversar algún dato que requiera ser informado al solicitar asistencia pública, conforme a la ley o los reglamentos o regulaciones de este estado o de los Estados Unidos; o bien, cualquier dato que se utilice para determinar la elegibilidad inicial o prolongada de una persona para acceder a ayudas públicas, con la intención de obtener asistencia pública cuando no se tiene derecho a recibir asistencia pública o con la intención de obtener más beneficios de asistencia pública de los que la persona tiene derecho de recibir. Los mismos castigos se aplican a cualquier persona que (a) oculte deliberadamente o (b) se niegue deliberadamente a informar o (c) disponga deliberadamente que se oculte o no se informe o (d) ayude o incite deliberadamente a otra persona a ocultar o no informar algún dato o evento que requiera ser informado al solicitar asistencia pública o cupones para alimentos, o bien, que sea necesario para determinar la elegibilidad inicial o prolongada de una persona para recibir asistencia pública o cupones para alimentos o para obtener asistencia pública o cupones para alimentos por una cantidad mayor que la que tiene derecho a recibir.

ATENCIÓN: Los reglamentos federales exigen que el Departamento de Servicios Sociales de Missouri (DSS) exhiba en un espacio público un "Aviso de las prácticas de privacidad" que describa nuestra política para tratar la información de salud protegida. El departamento pone en práctica una política de privacidad y ha desarrollado un Aviso de las prácticas de privacidad. Usted puede obtener una copia de este aviso en el sitio web del DSS, en <http://www.dss.mo.gov/hipaa/hprivacy.pdf>, o en cualquier oficina del DSS del condado.

ATENCIÓN: Al firmar este documento de revisión, nos concede su autorización para realizar, o disponer que se le realicen llamadas telefónicas referentes a su caso, a través de sistemas automatizados, a su número de teléfono principal que usted proporcionó. No es necesario que acepte esto como parte de los requisitos que debe cumplir. Si no desea recibir este tipo de llamadas, marque aquí:

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

Firma/Declaración jurada/Huella

Fecha

Firma/Declaración jurada/Huella

Fecha

Si desea comunicarse con la División de Apoyo a la Familia, llame gratis al Centro de Información de la FSD, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., al número 1-855-373-4636 (1-855-FSD-INFO).

También puede llamar a la Línea Automatizada de la División de Apoyo a la Familia, al 1-800-392-1261, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.