



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
 DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
**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 que figura en la página 5 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		SSN	DCN	
Domicilio		Ciudad	Estado	C.P.
Teléfono actual	Teléfono de trabajo o de mensajes	Correo electrónico		

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

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

*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. Casa remolque (casa móvil)							
n. Joyería (distinta de anillos de bodas y compromiso, relojes o bisutería)							
o. Equipo de negocios							
p. Ganado, granos, productos, equipo agrícola, herramientas, etc.							
q. Muebles de hogar (no utilizados)							
r. Otro (explique)							
s. 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:
--	------

¿Usted u otro miembro de su hogar reciben dinero de alguna de las siguientes fuentes?

	SÍ	NO	Monto		SÍ	NO	Monto
Seguro Social				Prestaciones por jubilación o fondos sindicales			
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)				Prestaciones de seguros			
Pensión conyugal				Ayuda y asistencia para veteranos			
Pagos de manutención infantil				Asignación de las fuerzas armadas			
Dinero de otros (amigos, familiares, etc.)				Recibe alojamiento y comida			
Beneficios de veteranos				Dinero de la venta de una propiedad			
Indemnización por accidente laboral				Intereses de cuentas de ahorros o cuentas corrientes			
Seguro de desempleo				Ingresos recibidos de fideicomisos			
Beneficios por enfermedad o discapacidad				Ingresos recibidos de anualidades			
Ingresos de un programa de capacitación				Renta de terrenos o inmuebles			
Algún otro ingreso Explique:							

¿Alguien ha solicitado recientemente alguno de los beneficios anteriores? Sí No
Si su respuesta es 'Sí', explique: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL: Si requiere espacio adicional para responder alguna pregunta, escriba la información aquí y adjunte los comprobantes requeridos _____

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.

Las respuestas de las siguientes preguntas no influyen en la cantidad de asistencia que reciba de este departamento.

¿Usted o un miembro de su familia inmediata han prestado servicios alguna vez en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?

Sí No

Si respondió 'Sí', ¿le gustaría obtener información sobre servicios relacionados con el ejército en Missouri?

Sí No

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

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

Con esto certifica, 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 Estados Unidos, podrían interponerse acciones judiciales por falsear declaraciones, testimonios o documentos, así como por encubrir hechos materiales.

Asimismo, autorizo/autorizamos que el Departamento de Servicios Sociales, a través del Director de Apoyo a la Familia o su designado, lleven a cabo una investigación de estos testimonios y circunstancias.

Comprendo/Comprendemos que si discrepo/discrepamos con una decisión con respecto a mi/nuestra elegibilidad, puedo comunicarme/ podemos comunicarnos con la oficina local de Apoyo a la Familia para solicitar una audiencia imparcial. 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 es necesario informar sobre cualquier cambio en las circunstancias en un plazo de diez días a partir de la fecha en que ocurran.

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 la Pensión para Invidentes. El SSN se utilizará para determinar el nivel de elegibilidad de los beneficios, cotejar 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.

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

Comprendo/Comprendemos que el estado de Missouri podría presentar una solicitud para embargar mis/nuestros bienes para recuperar cualquier ayuda recibida. Esto no aplica a los programas Beneficiario Calificado de Medicare y Beneficiario Específico de Bajos Ingresos.

Comprendo/Comprendemos que es necesario proporcionar toda la información con respecto a cualquier beneficio disponible a través de seguros de salud o contra accidentes de cualquier miembro del hogar y que es necesario informar si ocurre un accidente por el cual se recibió atención médica, en un plazo de 30 días a partir del suceso.

Comprendo/Comprendemos que al solicitar y aceptar MO HealthNet se ceden los derechos a la División de MO HealthNet del Departamento de Servicios Sociales para que un tercero pague la atención médica.

Siempre y cuando cumpla/cumplamos con los requisitos para recibir asistencia, opto/optamos por que los pagos que realicen la División de MO HealthNet y/o el programa de seguros médicos del Título XVII se hagan directamente a los médicos y proveedores de servicios médicos o se apliquen a las próximas facturas de servicios médicos o servicios de salud que estén incluidos en la cobertura, cuyo pago esté pendiente, que me/nos proporcionen mientras tenga/tengamos derecho a recibir MO HealthNet.

Comprendo/Comprendemos que si obtengo/obtenemos o renuevo/renovamos una licencia de conducir mientras reciba/recibamos los beneficios de la Pensión para Invidentes, el programa de Pensión para Invidentes me/nos sancionará durante 2 años, 4 años o permanentemente.

Comprendo/Comprendemos que si conduzco/conducimos un vehículo motorizado mientras reciba/recibamos los beneficios de la Pensión para Invidentes, el programa de Pensión para Invidentes me/nos sancionará durante 2 años, 4 años o permanentemente.

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.

Si firmo electrónicamente, he aceptado enviar esta solicitud a través de medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede hacerse valer del mismo modo que una firma escrita. Estoy de acuerdo:

Firma/Declaración jurada/Huella	Fecha	Firma/Declaración jurada/Huella	Fecha
--	--------------	--	--------------

Puede entregar su solicitud personalmente en cualquier oficina de la FSD, o enviarla por fax o Internet.

- Cargue su solicitud a Internet: Visite mydssupload.mo.gov para cargar una copia de su solicitud con sus datos.
- Fax: 573-526-9400
- Correo: Family Support Division, PO BOX 2700, Jefferson City, MO 65102

Nondiscrimination Notice

The Family Support Division (FSD) complies with federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, or disability. FSD also does not discriminate on the basis of ancestry, genetic information, pregnancy, sexual orientation, or veteran status.

FSD offers services at no cost to people with disabilities, to communicate effectively with us by providing written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).

FSD offers services at no cost, to people whose primary language is not English, by providing qualified interpreters and information written in other languages. If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call FSD at 855-373-4636.

If you believe that FSD has discriminated against you, you can file a grievance with the Missouri DSS Office for Civil Rights at 800-776-8014; or 866-735-2460 (Voice); 800-735-2966 (Text). Complaints may also be filed by writing to: Missouri DSS Office for Civil Rights, P.O. Box 1527, Jefferson City, MO 65102-1527.

You can also file a civil rights complaint with the US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail at, 601 East 12th Street, Room 353, Kansas City, MO 64106, or phone 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aviso sobre no discriminación

En apego a las leyes federales de derechos civiles, la División de Apoyo a la Familia (FSD) no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, credo religioso o discapacidad. La FSD tampoco discrimina por motivos de ascendencia, información genética, condición de embarazo, orientación sexual o situación de veterano.

La FSD ofrece servicios sin costo para personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros. Para dicho motivo se proporciona información escrita en diferentes formatos (letras grandes, formatos de audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros formatos).

La FSD ofrece servicios sin costo para personas cuyo idioma principal no es el inglés. Para dicho propósito se proporcionan servicios de intérpretes profesionales e información escrita en diferentes idiomas. Si necesita un intérprete profesional, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame a la FSD al teléfono 855-373-4636.

Si considera que la FSD lo ha discriminado, presente una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles del DSS de Missouri al teléfono 800-776-8014; o al 866-735-2460 (Voz); o al 800-735-2966 (Texto). También puede enviar una denuncia escrita por correo postal a la dirección: Missouri DSS Office for Civil Rights, P.O. Box 1527, Jefferson City, MO 65102-1527.

Asimismo puede presentar una denuncia por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., ya sea por Internet a través del Portal de Denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, al cual se accede por medio de la dirección web <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o enviando su denuncia por correo postal a 601 East 12th Street, Room 353, Kansas City, MO 64106; o llamando a los teléfonos 800-368-1019 o 800-537-7697 (TDD).

Si desea comunicarse con la División de Apoyo a la Familia, llame gratis al Centro de Información de la FSD al número 855-373-4636 (855-FSD-INFO).

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