

División de Apoyo a la Familia de Missouri

Fecha: _____

Nombre: _____ DCN: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, C. P.: _____

Formulario de Revisión de MO HealthNet

La División de Apoyo a la Familia debe revisar la información de todas las personas que cuenten con MO HealthNet, por lo menos una vez al año. Debemos realizar la revisión para determinar si usted o los miembros de su familia aún cumplen los requisitos para recibir MO HealthNet. Ayúdenos llenando esta solicitud. Responda a las preguntas con la información de cada uno de los miembros de su hogar. Si necesita más espacio para responder todas las preguntas, llene la sección E o adjunte hojas adicionales.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, llame al Centro de Contacto de la División de Apoyo a la Familia, al número 855-373-9994.

Se requiere el Número del Seguro Social solo de las personas que cuenten con MO HealthNet o que lo soliciten. La información racial y étnica se emplea en nuestros informes. No es necesario que proporcione esta última información.

Después de llenar el formulario coloque su firma en la última página, donde se localiza la inscripción "Firma/Declaración jurada/Huella". En el caso de MO HealthNet para Familias, si ambos padres se encuentran en el hogar, ambos padres deben firmar este formulario.

Cuando devuelva este formulario, envíe también un comprobante por escrito de los ingresos del hogar. Dicho comprobante pueden ser los recibos de sueldo del último mes o una carta de parte de su empleador. Si usted trabaja por cuenta propia, envíe una copia de su última declaración de impuestos o de los registros de trabajo por cuenta propia del año anterior.

¡IMPORTANTE! Devuelva este formulario a la siguiente dirección, antes de la fecha **_____. La FSD lo revisará y le llamará o le enviará una carta si se requiere más información. Si no devuelve este formulario, es posible que se cancele su cobertura de MO HealthNet.**

OFICINA DE LA FSD: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, C. P.: _____

¿Necesita ayuda con su revisión? Llámenos al 1-855-373-4636. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés llame al 1-855-373-4636 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que usted necesita. Si es usuario de TTY, llame al 1-800-735-2966.

¿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 en su oficina local de la División de Apoyo a la Familia. Si no llena el formulario, la cobertura de MO HealthNet no se verá afectada.

SECCIÓN A: Llenar para cualquiera de los programas de MO HealthNet

Nombre completo del representante de la unidad de elegibilidad (nombres, apellidos)	DCN		
Domicilio del hogar	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal _____ ¿Qué tipo de teléfono es? <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro _____	Teléfono alternativo _____ ¿Qué tipo de teléfono es? <input type="checkbox"/> cel. <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro _____		
Dirección de correo electrónico	Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> *tel. <input type="checkbox"/> **SMS <input type="checkbox"/> correo elect. <input type="checkbox"/> correo postal *llamaremos a su teléfono principal, a menos que indique otro preferible.**según sea posible		

ANOTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANEXE HOJAS ADICIONALES DE SER NECESARIO.

Nombre (nombres, apellidos)	Nombre (nombre de soltera)	Hispano Sí o No	Raza*/ Sexo	Parentesco con el padre o tutor	Fecha de nacimiento	Número del seguro social

*1 Caucásico 2. Negro o afroamericano 3. No se usa 4. Nativo americano/Nativo de Alaska 5. Asiático 6. Hawaiano e isleño del Pacífico 7. Chino 8. Filipino 9. Japonés 10. Coreano 11. Vietnamita 12. Otra asiática 13. Guameño o chamorro 14. Samoano 15. Otro 16. Prefiero no responder en este momento

¿Algún miembro de su hogar se encuentra temporalmente lejos del hogar? Sí No ¿Quién? _____
 Si eligió 'Sí', mencione el motivo por el que está lejos: _____
 Fecha cuando la persona dejó el hogar: _____ Fecha en que se espera que retorne al hogar: _____
 Domicilio donde vive la persona actualmente: _____

¿Desea que alguna de las personas anteriores, que aún no tenga cobertura de MO HealthNet, comience a recibirla?
 Sí No Si eligió 'Sí', ¿quién? _____

¿Alguien en el hogar está embarazada? Sí No
 Si eligió 'Sí', ¿quién? _____ Fecha prevista del parto: _____

¿Alguien en el hogar es discapacitado o invidente? Sí No Si eligió 'Sí', ¿quién? _____

¿Su dinero lo administra algún tutor, familiar, representante o alguien más? Sí No
 Si eligió 'Sí', ¿quién? _____ Dirección y teléfono: _____

¿Ha habido algún cambio en la situación migratoria o de ciudadanía de las personas que actualmente reciben MO HealthNet? Sí No Si eligió 'Sí', anote el nombre y la información de las personas cuya situación haya cambiado.

Nombre	Situación migratoria	Número de registro	Fecha de ingreso

Nombre del cliente _____

DCN del cliente _____

INGRESOS Y GASTOS: (Incluya comprobantes de todos los ingresos y gastos del hogar. Incluidos, de manera enunciativa mas no limitativa: recibos de sueldo de los últimos 30 días; carta(s) de su(s) empleador(es); copia de la última declaración de impuestos o registros comerciales si trabaja por cuenta propia; carta de otorgamiento de seguridad social o jubilación, y seguro de salud).

¿Alguien de su hogar está empleado? Sí No Si eligió 'Sí', proporcione los siguientes datos e incluya comprobantes:

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR	TASA DE PAGO	POR*	FECHA DEL CHEQUE	FECHA DE INICIO	INGRESO MENSUAL BRUTO	PROPINAS y OTROS

*Hora Día Semana Cada dos semanas Dos veces al mes Mes Año

¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO?

Sí. (Responda las preguntas 1 a 3). No. (Vaya a la pregunta 3).

1. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si eligió 'Sí', nombre del cónyuge: _____

2. ¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Si eligió 'Sí', nombre(s) del (los) dependiente(s): _____

3. ¿Será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si eligió 'Sí', nombre de quien presenta dicha declaración de impuestos: _____

¿Cuál es su parentesco con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

¿Alguien en su hogar es propietario de un negocio o trabaja por cuenta propia? Sí No

Si eligió 'Sí', ¿quién?: _____ Si eligió 'Sí', responda lo siguiente y adjunte un comprobante de ingresos.

Describa el tipo de autoempleo (cuidado de niños, ingresos agrícolas, otros): _____

Ingrese la cantidad obtenida: _____ Por Hora Día Semana Cada dos semanas Dos veces al mes Mes

¿Prevé algún cambio en sus ingresos o su empleo? (Horas trabajadas, empleador o ingresos ajenos al trabajo). Sí No

Si eligió 'Sí', explique: _____

¿Alguien tiene planeado trabajar? Sí No Si respondió 'sí',

¿quién? _____

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Nombre del cliente _____

DCN del cliente _____

¿Usted u otro miembro del hogar reciben dinero de alguna de las siguientes fuentes? Anexe hojas adicionales de ser necesario.

	Sí/ Cantidad	Nombre		Sí/ Cantidad	Nombre
Seguro Social			Prestaciones por jubilación o fondos sindicales		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			Prestaciones de seguros		
Pensión conyugal			Renta de terrenos o inmuebles		
Dinero de otros (amigos, familiares, etc.)			Recibe alojamiento y comida		
Beneficios de veteranos			Asignación de las fuerzas armadas		
Indemnización por accidente laboral			Dinero de la venta de una propiedad		
Seguro de desempleo			Intereses de cuentas de ahorros o cuentas corrientes		
Beneficios por enfermedad o discapacidad			Ingresos recibidos de fideicomisos		
Ingresos de un programa de capacitación			Ingresos recibidos de anualidades		
Algún otro ingreso. Explique:			Ayuda y asistencia para veteranos		
Algún otro ingreso. Explique:			Algún otro ingreso. Explique:		

¿Alguien ha solicitado recientemente alguno de los beneficios anteriores? Sí No

Si eligió 'Sí', explique: _____

¿Usted u otro miembro del hogar anticipa pagar cosas que pueden deducirse en su próxima declaración de impuestos federales?

Sí No

Si eligió 'Sí', llene lo siguiente y anexe comprobantes:

Cantidad	Por*	Tipo (pensión conyugal, préstamo estudiantil, otras deducciones)

* Semana Cada dos semanas Dos veces al mes Mes Año

SECCIÓN B: Llenar para MO HealthNet para Familias y Niños

SEGURO DE SALUD (aparte de MO HealthNet):

Tengo/Tenemos seguro de salud. Sí No Si eligió 'Sí', llene lo siguiente:

PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	TITULAR DE LA PÓLIZA	TIPO DE COBERTURA (MÉDICO U HOSPITAL) SI ES LIMITADA, EXPLIQUE

Nombre del cliente _____

DCN del cliente _____

¿Este seguro cubre servicios de planificación familiar? Sí No

¿Alguien en su hogar ha perdido o renunciado al seguro de salud desde su aprobación o última revisión? Sí No

Si eligió 'Sí', escriba los nombres, la fecha y el motivo de la finalización de la cobertura. _____

¿Los miembros de su familia disponen de seguro médico a través de un empleador u otra membresía grupal?
 Sí No

Si eligió 'Sí', escriba el nombre del empleador o el grupo: _____

El seguro está disponible para: Mí Mi cónyuge Mis hijos

¿De qué monto es la prima para los hijos? \$ _____ por mes

¿Ambos progenitores de todos los menores están presentes en el hogar? Sí No

Si eligió 'No', anote el nombre de los menores y los progenitores ausentes.

Menor: _____

Progenitor ausente: _____

Menor: _____

Progenitor ausente: _____

¿Tiene custodia compartida con el otro progenitor de alguno de los niños mencionados anteriormente?

Sí No Si eligió 'Sí', responda:

Menor: _____

Padre ausente: _____

Menor: _____

Padre ausente: _____

¿Tiene alguna información reciente acerca del (los) progenitor(es) ausente(s)? Sí No

SECCIÓN C: Llenar para Servicios Médicos para Mujeres sin Seguro

¿Las mujeres de su hogar, de entre 18 y 56 años de edad, disponen de seguro médico a través de un empleador u otra membresía grupal? Sí No

Si eligió 'Sí', ¿quién? _____ Si eligió 'Sí', nombre del empleador o grupo: _____

¿Alguna mujer de su hogar, de entre 18 y 56 años de edad, está asegurada? Sí No

Si eligió 'Sí', ¿quién? _____ Si eligió 'Sí', nombre del seguro: _____

Si eligió 'Sí', ¿el seguro médico disponible cubre servicios de planificación familiar? Sí No

¿Usted, alguna mujer del hogar o alguna mujer que declare como dependiente en su declaración de impuestos, de entre 18 y 56 años de edad, necesitan servicios de planificación familiar? Sí No

Si eligió 'Sí', ¿quién? _____

SECCIÓN D: Llenar para todo los programas de MO HealthNet

Renovación de la cobertura en los próximos.

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura en los próximos, permito que la División de Apoyo a la Familia use información de ingresos, incluida la información de declaraciones fiscales. La División de Apoyo a la Familia me enviará una notificación, me permitirá realizar modificaciones y yo puedo anular este permiso en cualquier momento.

Sí. Renovar mi elegibilidad automáticamente durante el (los) siguiente(s):

5 años (número máximo de años permitidos), o durante un número de años menor:

4 años 3 años 2 años 1 año no usar mi información fiscal para renovar mi cobertura.

Nombre del cliente _____

DCN del cliente _____

LEA CON ATENCIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRME EN LA PARTE INFERIOR: (También se requiere la firma del cónyuge en el hogar o el progenitor ausente, en caso de participar en tutela conjunta).

- Acepto/Aceptamos proporcionar los Números del Seguro Social de todas las personas que soliciten MO HealthNet, como lo estipula la ley. El Número del Seguro Social se usa para determinar la elegibilidad y corroborar información.
- Acepto/Aceptamos ser evaluado/evaluados para el Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment Program [HIPPP]) en caso de que yo/nosotros o algún miembro del hogar estemos empleados o hayamos perdido el empleo en los últimos 30 días y el empleador o el exempleador ofrezca seguro médico grupal.
- Acepto/Aceptamos que es posible que las manifestaciones y la información sean sometidas a verificación.
- Acepto/Aceptamos que daré/daremos a conocer cualquier cambio en mis/nuestras circunstancias en un plazo de DIEZ (10) DÍAS a partir de que éstas acontezcan.
- Sé/Sabemos que es ilegal obtener o pretender obtener beneficios que no me/nos corresponden. La manifestación de información falsa o el ocultamiento de hechos relevantes, ya sea total o parcialmente, podría someterme/someternos a un proceso penal o civil.
- Acepto/Aceptamos que si se determinara que cumpla/cumplimos los requisitos para recibir MO HealthNet para un menor que carece de apoyo de los padres, he/hemos asignado todos los derechos de asistencia médica al Estado de Missouri, y que debo/debemos cooperar para determinar la paternidad y obtener asistencia médica, a menos que tenga/tengamos una justificación. El no cooperar no repercute en la elegibilidad del menor.
- Comprendo/Comprendemos que al aceptar MO HealthNet se ceden derechos a la División de MO HealthNet del Departamento de Servicios Sociales para que la atención médica sea pagada por un tercero.
- Acepto/Aceptamos que, de ser necesario, puede divulgarse mi/nuestra información médica o la de mi/nuestra familia para recibir tratamiento, pagar gastos médicos, gestionar la atención médica y/o administrar este programa.
- Si se decide que cumpla/cumplimos los requisitos para acceder a MO HealthNet, sé/sabemos que el Estado de Missouri pagará los servicios cubiertos en mi/nuestro nombre y estoy/estamos conscientes de que el Estado podría presentar una solicitud para embargar mis/nuestros bienes para recuperar cualquier ayuda recibida.
- Al firmar esta solicitud en papel o de forma electrónica, nos concede(n) su autorización 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/proporcionaron en la página 2. No es necesario dar su consentimiento para esto como parte de su solicitud. Si prefiere(n) no recibir estas llamadas, marque este recuadro:

ATENCIÓN: Las normas 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 hacer uso de 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, <http://www.dss.mo.gov/hipaa/hprivacy.pdf>, o en cualquier oficina del DSS del condado.

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

Firma/Declaración jurada/Huella:	Fecha:	Firma/Declaración jurada/Huella del cónyuge o el otro progenitor:	Fecha:
---	---------------	--	---------------

SECCIÓN E: Opcional

INFORMACIÓN ADICIONAL: (Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, ingrese la información aquí o anexe una hoja adicional. **Anexe los comprobantes que se soliciten**).