



ANEXO | PERSONAS MAYORES, INIDENTES Y DISCAPACITADAS

Responda este anexo si está solicitando un seguro médico para un individuo a través de programas de cuidados para personas mayores, discapacitadas, inidentes o de cuidados de largo plazo. Si la persona que solicita la cobertura tiene menos de 18 años, incluya la información de dicha persona y la información de cualquiera de los padres que vivan en el hogar.

Este anexo NO equivale a una solicitud. Responda esto además de la Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar los Costos (IM-1SSL) o una solicitud de MO HealthNet, ya sea por Internet o teléfono.

PASO 1: Evaluar MO HealthNet para personas mayores, inidentes y discapacitadas para usted, o su cónyuge o un hijo con discapacidad.

Nombre	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	DCN

Soy/Somos discapacitado/s o inidente/s y recibo/recibimos Incapacidad del Seguro Social o SSI. Sí No
 Si respondió 'Sí'; ¿quién?: _____

Soy/Somos discapacitado/s o inidente/s y **NO** recibo/recibimos Incapacidad del Seguro Social ni SSI. Sí No
 Si respondió 'Sí'; ¿quién?: _____

Necesito/Necesitamos ayuda para pagar primas de Medicare y coseguros. Sí No
 Si respondió 'Sí'; ¿quién?: _____

Tengo/Tenemos un cuidador, tutor, poder notarial u otra persona que me/nos representa. (Si responde 'Sí', proporcione comprobantes o llene la *Designación de un Representante Autorizado [IM-6AR]*). Sí No

Acepto/Aceptamos solicitar otros beneficios disponibles para mí/nosotros (RSDI, SSI, VA, etc.). Sí No

¿Anticipa/n continuar viviendo en Missouri? Sí No

Para solicitantes de Servicios Domiciliarios o Comunitarios (HCB), proveedores (asilo) y Cuidados de Enfermería Complementarios (SNC):

¿Usted o su cónyuge viven o anticipan vivir en un asilo o un centro residencial y de atención médica? Sí No

Si respondió 'Sí'; ¿quién?: _____ Nombre del centro: _____ En qué fecha: _____

Dirección del centro: _____

Para solicitantes de HCB, proveedores (asilo) y SNC (continuación):

Mi cónyuge y yo pagamos gastos de vivienda (mensualmente o indique la frecuencia):

Hipoteca \$ _____
 Alquiler \$ _____
 Electricidad \$ _____
 Agua \$ _____
 Seguro de vivienda \$ _____
 Impuestos inmobiliarios \$ _____
 Cuotas de apartamento \$ _____
 Teléfono \$ _____

¿Usted o su cónyuge tienen más de 63 años y necesitan cuidados de enfermería domiciliarios? Sí No

Si respondió 'Sí'; ¿quién?: _____

¿Usted o su cónyuge pagan manutención infantil o pensión alimenticia por mandato judicial? Sí No

¿Cuándo se casaron usted y su cónyuge? (MM/DD/AAAA) _____

Para solicitantes de Blind Pension and Supplemental Aid to the Blind:

¿Alguien es invidente o padece una deficiencia visual y está solicitando Blind Pension and Supplemental Aid to the Blind (beneficios de dinero en efectivo)? Sí No

Si respondió 'Sí'; ¿quién?: _____

1. ¿Su cónyuge o padre puede ver? Sí No
2. ¿Pide o mendiga por dinero? Sí No
3. ¿Ha solicitado o acepta solicitar SSI como condición de elegibilidad? Sí No
4. ¿Se ha sometido a una cirugía de los ojos durante los últimos 5 años? Sí No
5. Si tiene menos de 75 años, ¿está dispuesto a recibir tratamiento médico o someterse a una cirugía para corregir su ceguera? Sí No
 Mayor de 75
6. ¿Está dispuesto a desempeñar un trabajo o capacitarse para un trabajo que le sea adecuado? Sí No
7. ¿Cuenta con un oculista (un oftalmólogo o un optometrista)? Sí No

Nombre del médico _____ Teléfono _____
 Dirección _____

PASO 2: Bienes. Proporcione la siguiente información para que sepamos qué posee (y su cónyuge, si está casado/a); como cuentas bancarias, acciones, bonos, seguros de vida, bienes raíces y propiedades personales.

Dinero y cuentas

¿Usted o su cónyuge poseen dinero o cuentas? Si responde 'Sí', responda lo siguiente. Sí No

El dinero comprende el efectivo en su posesión, en su hogar o que otra persona le guarda.

Las cuentas incluyen:

- Cuentas corrientes y de ahorro, incluidas cuentas en línea, como Ally o Chime.
- Cuentas de pagos por móvil, por ejemplo, entre otros: Venmo, PayPal, CashApp y Zelle.
- Tarjetas prepagadas o de depósito directo • Anualidades (anexe copia) • Acciones, bonos, inversiones
- Seguro de vida (con valor en efectivo) • Criptomonedas • Fideicomisos (anexe copia)

Titular:	Tipo de cuenta:	Nombre del banco:	Número de cuenta:	Saldo:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Fideicomisos

¿Usted o su cónyuge poseen o están incluidos en fideicomisos? Sí No
 Si respondió 'Sí', debemos revisar el fideicomiso en su totalidad. Anexe una copia que incluya todas las modificaciones.

Nombre y fecha del fideicomiso: _____ ¿Cuál es función (o la de su cónyuge) en el fideicomiso?

Vehículos

¿Usted o su cónyuge poseen vehículos? Sí No
 Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información e incluya coches, vehículos recreativos, embarcaciones y demás vehículos.

Propietario:	Año, marca y modelo:	Valor estimado:	Monto adeudado:	Cómo se usa (fines personales, de negocio, vivienda, recreación, otro [explique]):
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Bienes raíces

¿Usted o su cónyuge poseen o están adquiriendo bienes raíces? Sí No
 Sí. Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información e incluya casas, edificios, propiedades en alquiler, terrenos y demás inmuebles.

Quién:	Qué y dónde:	Valor estimado:	Monto adeudado:	Cómo se usa (vivienda, alquiler, negocio, otro [explique]):
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Otros bienes que posee

¿Usted o su cónyuge poseen algún otro bien personal? Sí No
 Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información.

Otros bienes incluyen:

- Casa móvil (remolque)
- Equipamiento para negocio
- Mobiliario de hogar (almacenados)
- Ganado, granos, productos y equipo agrícolas, herramientas, etc.

Propietario:	Qué tipo de bien:	Valor estimado:	Monto adeudado:	Cómo se usa (fines personales, de negocio, otro [explique]):
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Transferencia de propiedades o bienes

¿Usted o su cónyuge han vendido u obsequiado dinero, vehículos, propiedades u otros bienes en los últimos 5 años?

Sí No

Si respondió 'Sí', brinde la siguiente información:

Qué: _____ A quién: _____
 Cuándo: _____ Monto recibido: _____
 Por qué: _____

Seguro de vida y planes funerarios de prepago

¿Usted o su cónyuge poseen una póliza de seguro de vida? Sí No

Quién:	Nombre de la aseguradora:	Número de póliza:	Valor en efectivo:	Fecha en que inició:	¿Es irrevocable?
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Usted o su cónyuge poseen una póliza de plan funerario de prepago? Sí No

Quién:	Nombre de la aseguradora:	Número de póliza:	Valor en efectivo:	Fecha en que inició:	¿Es irrevocable?
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Seguro médico

¿Usted o su cónyuge pagan un seguro médico o Medicare? Sí No

Quién:	Nombre de la aseguradora:	Tipo de cobertura:	Número de póliza:	Monto y frecuencia de la prima:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Seguro de cuidados de largo plazo

¿Usted o su cónyuge pagan un seguro de cuidados de largo plazo? Sí No

Quién:	Nombre de la aseguradora:	Tipo de cobertura:	Número de póliza:	Monto y frecuencia de la prima:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Información adicional

Información para enviar este formulario

Cargue su documento: Ingrese a mydssupload.mo.gov para cargar una copia de su documento.

Envíelo por correspondencia: Family Support Division
PO BOX 2700
Jefferson City, MO 65102

Envíelo por fax: 573-526-9400