



**COMPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE MO HEALTHNET:
SOLICITUD DE BENEFICIOS OPCIONALES EN DINERO EN EFECTIVO**

NOMBRE DEL SOLICITANTE (APELLIDOS, NOMBRES)		DCN
DIRECCIÓN (NO. CASA, CALLE O RUTA RURAL)		
(OFICINA POSTAL/CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
DIRECCIÓN POSTAL, EN CASO DE SER DISTINTA DE LA ANTERIOR		
NO. TELÉFONO DE CASA	OTRO NO. TELÉFONO	
- -	- -	

Yo, el solicitante mencionado anteriormente, conforme a las leyes del State of Missouri, solicito los siguientes beneficios en EFECTIVO, ADEMÁS de la cobertura de salud de MO HealthNet:

SUPPLEMENTAL AID TO THE BLIND BLIND PENSION SUPPLEMENTAL NURSING CARE

Si marcó Supplemental Aid to the Blind o Blind Pension, responda lo siguiente:

¿Cuenta con una licencia de conducir actual o válida? Sí No

¿Ha habido cambios en la composición, los ingresos o los recursos de su hogar desde su última solicitud de MO HealthNet? Sí No

Si eligió 'Sí', mencione los cambios:

- Si está casado, ¿su cónyuge puede ver? Sí No
- ¿Sus padres viven en Missouri? Sí No
 - Si eligió 'Sí', ¿pueden ver? Sí No
- ¿Pide o mendiga por dinero? Sí No
- ¿Solicitará o ha solicitado Supplemental Security Income (SSI)? Sí No
 - Tiene que hacerlo para obtener Supplemental Aid for the Blind or Blind Pension
- ¿Se ha sometido a una cirugía de los ojos en los últimos 5 años? Sí No
- Si tiene menos de 75 años, ¿está dispuesto a recibir tratamiento médico o someterse a una operación para corregir su ceguera? Sí No
- ¿Está dispuesto a desempeñar un trabajo o capacitarse para un trabajo que le sea adecuado? Sí No
- ¿Tiene usted un oculista (ya sea un oftalmólogo o un optometrista)? Sí No

Nombre de su oculista: _____

Dónde da consultas: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, c. p.): _____

Fecha de su último examen ocular: _____

Fecha de su siguiente cita: _____

Si se le autoriza la Asistencia Monetaria para Ciegos, esto podría reducir otros tipos de beneficios, como Food Stamps y la ayuda de otras agencias.

Si obtiene estos beneficios, ¿desea que se depositen directamente en su cuenta bancaria?
 Sí No

¿Preguntas? Contacte a nuestro centro de procesamiento para SAB/BP: **866-877-8155**

Si marcó Supplemental Nursing Care, responda lo siguiente:

Vivo (o viviré) en uno de los siguientes lugares:

Centro residencial y de atención médica Centro de vivienda asistida Centro de enfermería especializada o inmediata

La dirección es: _____

He vivido ahí desde: _____ **O** comenzaré a vivir ahí el: _____

Sus derechos y responsabilidades referentes a los beneficios de dinero en efectivo de MO HealthNet

Comprendo que estos beneficios de dinero en efectivo son **opcionales** y que puedo solicitar la cobertura de atención médica de MO HealthNet sin solicitar ni recibir ninguno de los anteriores beneficios de dinero en efectivo.

Siempre y cuando se determine que cumplo los requisitos para recibir asistencia, deseo 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.

Comprendo que si no estoy de acuerdo con la decisión sobre mi elegibilidad, puedo comunicarme con la Family Support office para solicitar una audiencia imparcial. Esta solicitud debe recibirse en un plazo de 90 días a partir de cuando se da a conocer la decisión de elegibilidad.

Comprendo que debo dar a conocer cualquier cambio en mis circunstancias en un plazo de diez días a partir de que ocurran. Llame al 855-373-4636 para dar a conocer dichos cambios.

Comprendo que es ilegal obtener o intentar obtener beneficios a los que no tengo 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 al director de Family Support Division o la persona a quien designe, que investigue y compruebe estas circunstancias y declaraciones a través de las bases de datos de la División de Apoyo a la Familia, programas de cotejo y acuerdos con agencias federales, estatales y locales y/o agencias de informes de solvencia.

Mi firma a continuación certifica, bajo pena de perjurio, que todas las declaraciones realizadas en este informe de elegibilidad son verdaderas, correctas y precisas. Al firmar este formulario, acepto que todo lo que he manifestado es cierto. De no ser cierto, podría involucrarme en problemas legales.

FIRMA DEL SOLICITANTE →		FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE →		FECHA
TESTIGO →		FECHA
TESTIGO →		FECHA