



**ANEXO DE LA SOLICITUD MO HEALTHNET:
SOLICITUD PARA AÑADIR BENEFICIOS EN EFECTIVO**



Importante: Esta NO es una solicitud de MO HealthNet. Este es un Anexo para agregar beneficios en efectivo a un caso activo de MO HealthNet, o a una solicitud pendiente de MO HealthNet.

Nombre del participante		Apellido	DCN o SSN
Dirección (nombre de la calle)			Número de apartamento, suite o remolque
Ciudad		Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta a la anterior)			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono residencial		Otro número de teléfono.	

Yo, el solicitante arriba mencionado, bajo las leyes del Estado de Missouri, por la presente solicito los siguientes beneficios en EFECTIVO ADICIONALES a la cobertura médica de MO HealthNet:

- Ayuda complementaria a los ciegos o pensión para ciegos (complete esta página) Cuidados complementarios de enfermería (continúa en la página 2)

Si ha marcado Ayuda complementaria a los ciegos o pensión para ciegos, responda a todas las preguntas siguientes:

¿Ha habido cambios en la composición de su grupo familiar, ingresos o recursos desde su última solicitud de MO HealthNet? Sí No En caso afirmativo, indique los cambios (adjunte páginas adicionales, si es necesario):

1. Si está casado, ¿puede su cónyuge ver? Sí No
2. ¿Viven sus padres en Missouri? Sí No
 - En caso afirmativo, ¿pueden ver? Sí No
3. ¿Pide o mendiga dinero? Sí No
4. ¿Va a solicitar o ha solicitado la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)? Sí No
 - Debe hacer esto para obtener la Ayuda complementaria a los ciegos o la pensión para ciegos
5. ¿Se ha sometido a cirugía ocular en los últimos 5 años? Sí No
6. Si tiene menos de 75 años, ¿está dispuesto a someterse a tratamiento médico o cirugía para solucionar su ceguera? Sí No
7. ¿Está dispuesto a formarse y trabajar en un puesto que pueda desempeñar? Sí No
8. ¿Tiene un oculista (oftalmólogo u optometrista)? Sí No

El nombre de su oftalmólogo: _____

Dónde ejerce: _____

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) _____

Fecha de su último examen oftalmológico: _____

Fecha de su próxima cita: _____

Nota: Si le aprueban la Ayuda en efectivo a los ciegos, esto podría reducir otros tipos de prestaciones, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) y la ayuda de otros organismos.

Si ha marcado Cuidados complementarios de enfermería, responda a lo siguiente:

¿Ha habido cambios en la composición de su grupo familiar, ingresos o recursos desde su última solicitud de MO HealthNet? Sí No En caso afirmativo, indique los cambios (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Resido (o residiré) en uno de los siguientes lugares:

Centro residencial de salud para ancianos Centro de vida asistida Centro de cuidados intermedios o especializados

Nombre del centro: _____ **Tarifa base:** \$ _____

Dirección: Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Opcional (todos los programas)

Opcional: Si usted es un veterano en el estado de Missouri y está interesado en aprender más acerca de los beneficios y recursos disponibles para usted y sus dependientes, visite: <https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS>



Sus derechos y responsabilidades con respecto a los beneficios en efectivo de MO HealthNet

- Entiendo que estos beneficios en efectivo son opcionales y que puedo solicitar la cobertura médica de MO HealthNet sin solicitar ni recibir ninguno de los beneficios en efectivo mencionados.
- Entiendo/entendemos que si obtengo/obtenemos o renuevo/renovamos una licencia de conducir mientras recibo/recibimos beneficios de Pensión para ciegos seré/seremos sancionado/s del programa de Pensión para ciegos durante 2 años, 4 años o permanentemente.
- Entiendo/entendemos que si conduzco/conducimos un vehículo de motor mientras recibo/recibimos beneficios de Pensión para ciegos seré/seremos sancionado/s del programa de Pensión para ciegos durante 2 años, 4 años o permanentemente. Estoy/estamos de acuerdo en proporcionar los Números de Seguro Social de todas las personas que solicitan MO HealthNet como lo requiere la ley. El Número de Seguro Social se utiliza para determinar la admisibilidad y verificar la información.
- Acepto/aceptamos que se me evalúe para el Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP, por sus siglas en inglés) si yo o los miembros de mi grupo familiar estamos empleados o hemos perdido el empleo en los últimos 30 días y el empleador o antiguo empleador ofrece un seguro de salud colectivo.
- Autorizo/autorizamos al director de la División de Apoyo Familiar o a la persona que designe a investigar y verificar estas circunstancias y declaraciones por cualquier medio autorizado por la ley, incluido el acceso a bases de datos públicas y privadas.
- Comunicaré/comunicaremos cualquier cambio de circunstancias en el plazo de DIEZ DÍAS a partir del momento en que se produzca.
- Sé/sabemos que es ilegal obtener o intentar obtener beneficios a las que no tengo/tenemos derecho. Cualquier afirmación falsa, declaración falsa u ocultación de cualquier hecho material, en su totalidad o en parte, puede exponerme/exponernos a acciones penales y/o civiles.
- Entiendo/entendemos que la aceptación de MO HealthNet constituye una cesión de derechos al Departamento de Servicios Sociales, División MO HealthNet para el pago de atención médica de un tercero.
- Estoy/estamos de acuerdo en que la información médica sobre mí/nosotros y/o mi/nuestra familia puede ser divulgada si es necesaria para el tratamiento, pago de gastos médicos, operaciones de atención médica y/o para administrar este programa.
- Si se determina que reúno/reunimos los requisitos para MO HealthNet, sé/sabemos que el estado de Missouri pagará los servicios cubiertos en mi/nuestro nombre y acepto/aceptamos que el estado puede presentar una reclamación contra mi/nuestro patrimonio para recuperar cualquier ayuda recibida.

Continúa en la página 3

Continuación: Sus derechos y responsabilidades con respecto a los beneficios en efectivo de MO HealthNet

- Si creo que la División de Apoyo Familiar ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien de la División de Apoyo Familiar que creo que la medida es incorrecta y pedir una revisión justa de esta. Sé que puedo averiguar cómo apelar llamando al Centro de Contacto al 855-373-9994. Sé que alguien distinto a mí puede representarme en el proceso. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.
- Si alguien en esta solicitud es elegible para MO HealthNet, estoy cediendo a la División de Apoyo Familiar nuestros derechos para solicitar y obtener dinero de otro seguro de salud, acuerdos legales u otros terceros.
- Sé que, en virtud de la legislación federal, no está permitida la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una denuncia por discriminación visitando <http://dss.mo.gov/files/missouri-nondiscrimination-policy-statement.htm>
- Al firmar esta solicitud, en papel o digitalmente, nos otorga su permiso para realizar o disponer que se realicen llamadas telefónicas relacionadas con su caso, a través de un sistema automático, a su número principal que proporcionó en la página 1. No tiene que dar su consentimiento sobre esto como condición de elegibilidad. Si no desea que se comuniquen con usted de dicha forma, puede excluirse de estos mensajes o llamadas.
 Marque aquí: exclusión voluntaria de llamadas exclusión voluntaria de mensajes de texto
 exclusión voluntaria de llamadas y mensajes de texto
- Obligatorio si se firma electrónicamente. Al firmar esta solicitud electrónicamente, certifico bajo pena de perjurio que todas las declaraciones hechas en esta declaración de elegibilidad son verdaderas, exactas y completas, según mi leal saber y entender. Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma escrita. Estoy de acuerdo

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

¿Tiene preguntas? Póngase en contacto con la División de Apoyo Familiar en línea en myDSS.mo.gov o llámenos al 855-373-4636.

Devuelva este Anexo de solicitud:

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

Enviar por correo a: Family Support Division
 PO BOX 2700
 Jefferson City, MO 65102
 Fax a: (573) 526-9400

GUARDAR

IMPRIMIR

REINICIAR

Esta página está intencionadamente en blanco.
Puede utilizar esta página para obtener información adicional.