



INSTRUCCIONES: Lea y responda todas las preguntas de forma cabal y precisa. Adjunte hojas adicionales si fuese necesario. Si no puede llenar esta solicitud, pida a otra persona que lo ayude. Si tiene preguntas, comuníquese sin costo con la División de Apoyo a la Familia (FSD) al teléfono 855-373-4636.

Firme, coloque la fecha y envíe la solicitud a la FSD:

- cargando una copia de su solicitud llena con sus datos en el sitio mydssupload.mo.gov;
- por correspondencia a: Family Support Division, PO BOX 2700, Jefferson City, MO 65102
- por fax al número 573-526-9400.

NOTA: Esta **NO** es una solicitud de servicios de atención médica. Si desea solicitar MO HealthNet u otros programas de asistencia, ingrese a <http://mydss.mo.gov/> y seleccione *Solicitar servicios* o acuda a una oficina de la FSD y pida una solicitud. Para solicitar **solamente MO HealthNet**, llame al 855-373-9994.

Por este medio solicito/solicitamos el pago de primas de Medicare.

NIOMBRE DEL SOLICITANTE (NOMBRES, APELLIDOS)

DOMICILIO DE CASA (NO. DE CASA Y CALLE)

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL (EN CASO DE SER DIFERENTE DEL DOMICILIO)

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NO. TELÉFÓNICO PRINCIPAL

NO. TELÉFÓNICO ALTERNATIVO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE USTED Y SU CÓNYUGE (EN CASO DE ESTAR CASADOS)

NOMBRE (NOMBRES, APELLIDOS) (NOMBRE DE SOLTERA)	HISPANO SÍ/NO	RAZA*/ SEXO	FECHA DE NAC.	LUGAR DE NAC.	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	¿TIENE MEDICARE? SÍ/NO

*1. BLANCO/ CAUCÁSICO 2. NEGRO/AFROAMERICANO 3. NATIVO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA 4. ASIÁTICO 5. HAWAIANO/NATIVO DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO 6. PREFIERO NO RESPONDER

¿También está solicitando Medicare Savings para su cónyuge? SÍ NO

Soy/Somos residentes de Missouri y pretendemos permanecer en el estado. SÍ NO

¿Todos los solicitantes son ciudadanos de EE. UU.? SÍ NO Si eligió 'No', brinde la siguiente información de los solicitantes que mencionó arriba que no sean ciudadanos de EE. UU.: nombre, estatus migratorio, número de registro y fecha de ingreso:

¿Usted o su cónyuge tienen empleo? SÍ NO

PERSONA CON EL EMPLEO	NOMBRE DEL PATRÓN	MONTO DE PAGO ANTES DE DEDUCCIONES	FRECUENCIA DEL PAGO

¿Alguien en su hogar tiene un negocio propio o algún tipo de autoempleo? SÍ NO

Si eligió 'Sí', escriba los nombre de las personas, de qué tipo de autoempleo se trata (niñera/o, agricultor, otro) y la cantidad que ganan:

Recibo/Recibimos ingresos adicionales. SÍ NO

Los ingresos adicionales incluyen:

Seguro Social	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Fondos fiduciarios	A anualidades
Jubilaciones y retiros	Compensación por Desempleo	Pensión alimenticia	Beneficios de Veteranos
Incapacidades	Intereses/dividendos/inversiones	Apoyos de amigos o familiares	Cualquier otro ingreso que no provenga de un empleo o autoempleo

BENEFICIARIO	TIPO DE INGRESO	NÚMERO DE PÓLIZA	MONTO MENSUAL

BIENES (incluya todos los bienes que poseen usted o su cónyuge).**DINERO EN EFECTIVO Y CUENTAS:** Incluya cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, anualidades, dinero en efectivo, acciones, bonos de ahorro u otras inversiones, pagarés y pagarés hipotecarios que le adeudan, bienes en cajas de seguridad y cualquier otro tipo de recurso.

EFFECTIVO Y ACTIVOS	TITULAR	NÚMERO DE CUENTA	UBICACIÓN	VALOR

BIENES PERSONALES: Incluya lotes funerarios, equipo comercial o agrícola, joyas (que no sean anillos de boda y compromiso, relojes o bisutería), reclamos de propiedades en tribunales de sucesiones u otros bienes personales.

BIEN PERSONAL	UBICACIÓN	VALOR	DEUDA

VEHÍCULOS: Incluya automóviles, camiones, camionetas, motocicletas, vehículos recreativos y cualquier otro vehículo.

MARCA Y MODELO	AÑO	PROPIETARIO	VALOR	DUEDA	¿CÓMO SE USA?

BIENES INMUEBLES: Incluya casas, edificios, terrenos u otros bienes inmuebles que usted o su cónyuge posean o estén comprando.

TIPO DE BIEN INMUEBLE Y UBICACIÓN	TITULAR DE LA ESCRITURA	VALOR ACTUAL	MONTO ADEUDADO	¿CÓMO SE USA? (HOGAR, ALQUILER, SIEMBRA, OTRO)

SEGUROS DE VIDA Y PLANES FUNERARIOS: Incluya cualquier póliza de seguros de vida de la que usted o su cónyuge sean titulares.

ASEGURADO	TITULAR DE LA PÓLIZA	MARQUE (✓) QUÉ TIPO DE VIDA FUNERARIO	ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR AL CONTADO

Tengo/Tenemos otros seguros médicos. SÍ NO Si eligió 'SÍ', responda lo siguiente:

ASEGURADO	ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	TIPO DE COBERTURA	PRIMA MENSUAL

LEA DETENIDAMENTE Y FIRME DEBAJO

COMPRENDO/COMPRENDEMOS que:

- tengo/tenemos derecho a recibir un trato justo e igualitario, independientemente de condiciones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, discapacidad, ascendencia, información genética, embarazo, orientación sexual o estado de veterano;
- si discrepo/discrepamos con una decisión relacionada con mi/nuestra elegibilidad, puedo comunicarme/podemos comunicarnos con la FSD en myDSS.mo.gov, por teléfono, correo o en persona para solicitar una audiencia imparcial. Esta solicitud debe recibirse en un plazo de 90 días a partir de que se tome la decisión de elegibilidad;
- proporcionaré/proporcionaremos los Números del Seguro Social (SSN) de todas las personas que soliciten MO HealthNet. El SSN se utilizará para determinar la elegibilidad de los beneficios y cotejar información (Sección 1137 de la Ley del Seguro Social);
- autorizo/autorizamos al director de la FSD, o la persona a quien designe, que investiguen y corroboren estas circunstancias y declaraciones;
- daré/daremos a conocer cualquier cambio en las circunstancias en un plazo de diez días a partir de que se susciten. (Ingrese a myDSS.mo.gov o llame al 855-373-4636 para dar a conocer dichos cambios);
- es ilegal obtener o intentar obtener beneficios a los que no tengo/tenemos derecho. Realizar afirmaciones o declaraciones falsas u omitir datos relevantes, parcialmente o en su totalidad, son actos que se castigan bajo los órdenes criminal o civil;
- 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 es necesario informar si ocurre un accidente por el cual se recibió atención médica, en un plazo de 30 días a partir del suceso;
- por este medio, autorizo/autorizamos que cualquier proveedor de beneficios de atención médica que me/nos facilite servicios o productos en virtud de MO HealthNet, dé a conocer al Departamento de Servicios Sociales y sus representantes todos los expedientes relacionados con dichos servicios o productos;
- 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 por medio de las facturas de servicios médicos o servicios de salud que estén incluidos en la cobertura y cuyo pago esté pendiente, en servicios que me/nos proporcionen mientras tenga/tengamos derecho de recibir MO HealthNet.

Mi/Nuestras firma(s) a continuación certifica(n), bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada es verdadera, correcta y precisa a mi/nuestro leal saber y entender.Si firma electrónicamente: Acepto que esta solicitud se envíe por medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma escrita. Acepto

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA