



**SOLICITUD DE DISPENSA POR DIFICULTADES ONEROSAS DE MO HEALTHNET**

<b>DE</b>	División de Apoyo a la Familia	TELÉFONO	FECHA
	DIRECCIÓN DE LA OFICINA (DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
<b>PARA</b>	NOMBRE	NOMBRE DEL CASO	
	DIRECCIÓN (PARA CORRESPONDENCIA)	DCN	
	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	

La División de Apoyo a la Familia (FSD) determinó que usted tuvo una transferencia inadecuada de activos que produjo un periodo de penalización. Si considera que tendrá una dificultad onerosa debido a este periodo de penalización, puede usar este formulario para solicitar una Dispensa por Dificultades Onerosas o para autorizar que el asilo donde reside solicite la dispensa en su nombre.

Además de llenar y firmar este formulario (frente y reverso), debe enviar los siguientes comprobantes:

- Una declaración firmada por usted (o su representante autorizado) que describa si los activos transferidos son recuperables, y si no lo fueran, los esfuerzos legales que se llevaron a cabo para recuperar los activos transferidos.
- Comprobantes de que existirá una dificultad onerosa al imponerse el período de penalización.

Si actualmente se encuentra en un asilo, envíe:

- Una copia del aviso que envió el asilo que indique tanto la fecha del alta involuntaria como la ubicación alternativa, o algo que compruebe que si no recibe la dispensa por dificultades onerosas, carecería de atención médica al grado en que pondría en riesgo su salud o su vida, o carecería de alimentos, ropa, vivienda u otras necesidades vitales.

Si está solicitando o recibiendo Home and Community Based Service (HCB) o Missouri's Children with Developmental Disabilities (MOCDD), proporcione:

- una estimación del costo de los servicios de atención a largo plazo que necesita para cubrir sus necesidades médicas y correctivas, según lo que determine su administrador de atención médica del Department of Health and Senior Services (DHSS), y
- una estimación de sus gastos mensuales en alimentos, vivienda, ropa y otras necesidades vitales.

**Autorización para que el administrador del asilo lo represente**

El asilo donde reside también puede realizar la solicitud de la Dispensa por Dificultades Onerosas en su nombre, pero para ello, debe contar con su permiso.

Si desea que el asilo donde reside le ayude a hacer el trámite de la Dispensa por Dificultades Onerosas, marque la siguiente casilla y escriba el nombre del administrador del asilo.

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo que \_\_\_\_\_  
Su nombre Nombre del administrador del asilo

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Nombre del asilo Dirección del asilo

tramite una Dispensa por Dificultades Onerosas en mi nombre, con el fin de determinar la existencia o la ausencia de dificultades onerosas.

**Autorización para que el administrador del asilo apele un rechazo**

Si el administrador del asilo cuenta con el permiso de usted, el administrador puede representarlo durante el proceso de apelación si su solicitud de Dificultades Onerosas fuese rechazada. Marque la casilla junto al siguiente enunciado y proporcione los datos del administrador del asilo donde usted reside para autorizar que el administrador lo represente durante todo el proceso de apelación.

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo que \_\_\_\_\_  
Su nombre Nombre del administrador del asilo  
\_\_\_\_\_  
Nombre del asilo Dirección del asilo  
me represente y/o presente una apelación en mi nombre si se negara mi  
solicitud de Dispensa por Dificultades Onerosas.

**Obligatorio en todas las solicitudes**

Use el espacio a continuación para explicar la magnitud de sus dificultades y las razones por las que esta penalización en la transferencia de activos pondrá en peligro su salud, su vida o lo privará de alimentos, ropa, vivienda u otras necesidades vitales. Anexe una hoja adicional si necesita más espacio.

Mi firma a continuación certifica, bajo pena de perjurio, que todas las manifestaciones contenidas en esta solicitud de dispensa son verdaderas, correctas y precisas.

En trámites por medios digitales: Acepto enviar este formulario por medios digitales. Comprendo que una firma digital tiene el mismo efecto legal y se puede hacer valer de la misma forma que una firma escrita.  Acepto

\_\_\_\_\_  
FIRMA (SOLICITANTE O PARTICIPANTE)

\_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE SE FIRMA

\_\_\_\_\_  
TUTOR LEGAL/REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
FECHA EN QUE SE FIRMA