

Instrucciones

Por favor lea antes de llenar la solicitud

Pregunta 1: Escriba el nombre del solicitante al programa médico para adultos indigentes (Apellido, nombre, segundo nombre)

Pregunta 2: Escriba el mes, día y año de la fecha de nacimiento del solicitante. *Ejemplo, si nació el 21 de Diciembre, 1955 escriba 12/21/1955.*

Pregunta 3: Marque la caja apropiada que representa el sexo del solicitante.

Pregunta 4: Escriba la dirección de residencia del solicitante. *No use apartado postal (P.O. Box.)*

Pregunta 5: Escriba la dirección postal, *si es diferente de la dirección de residencia indicada en la pregunta 4.*

Pregunta 6: Escriba el número de seguro social del solicitante. *Si usted no tiene un número de seguro social, no se demore por eso en enviar esta solicitud. Puede ser posible que se le otorguen beneficios de emergencia solamente.*

Para información de cómo solicitar un número de seguro social llame gratis a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213.

Como identificación mande una copia de los siguientes documentos con su solicitud:

- ✓ Licencia de Manejo o identificación de California.
- ✓ Tarjeta de residencia. Pasaporte, Visa's. Naturalización de ciudadanía, etc.
- ✓ Prueba de residencia (recibos de renta, gas, luz, etc.. a nombre del solicitante, registro para votar.)
- ✓ Tarjeta de Seguro Social.

Pregunta 7: Escriba el número de teléfono de la casa del solicitante, incluyendo el área. *Ejemplo, (209) 555-1111.*

Pregunta 8: Si el solicitante tiene un número de teléfono en el trabajo escríbalo aquí.

Pregunta 9: Use este espacio para escribir otro número alterno de teléfono, número de mensajes, o número de celular.

Pregunta 10: Marque la caja que mejor describa su origen étnico o raza. *Esta pregunta es opcional. Esta información solo se utiliza para estadísticas y no tiene efecto alguno en cuanto a su elegibilidad.*

Pregunta 11: Indique su estado civil.

- ✓ Si su estado civil es casado mande una copia de la tarjeta de Seguro Social de su esposo/a.
- ✓ Si su estado civil es divorciado o separado mande copias de su separación Legal o formas de Divorcio.

Pregunta 12: Si usted está ciego o tiene una incapacidad física, mental o emocional que espere que dure 30 días o más conteste "sí" a esta pregunta.

Pregunta 13: Si está casado/a escriba el nombre de su esposo/a. (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre).

Pregunta 14: Escriba el número de Seguro Social de su esposo/a.

Pregunta 15: Conteste "sí" a esta pregunta si usted o su esposo/a tienen hijos menores de 21 años viviendo en casa. *Esto incluye los hijos que aun no han nacido (embarazo actual) o cualquier aborto que haya ocurrido durante este mes.*

Pregunta 16: Si usted o su esposo/a son dueños de su propia casa o cualquier otra propiedad conteste que “sí” a esta pregunta. *El valor de la casa en la que está viviendo no está incluido en los límites de propiedad para el programa MIA.*

Pregunta 17: Si usted o su esposo/a están incluidos en el Título de cualquier propiedad de cualquier familiar conteste “sí” a esta pregunta.

✓ Si usted contestó “sí” a la pregunta 16 y/o la pregunta 17, mande copias de su estado de impuesto a la propiedad. (Impuesto Predial)

Pregunta 18: Díganos la cantidad de todo el dinero en efectivo que usted o su esposo/a tienen a la mano incluyendo la cantidad de cualquier cheque que hayan recibido pero aun no hayan cambiado.

Si usted o su esposo/a tienen una cuenta de cheques y/o cuenta de ahorros, por favor indique cual es el saldo actual .

Anote el valor de cualquiera de sus Acciones, Bonos, T-Bills, Cuentas de retiro IRA, Tarjetas de Crédito, Fondos Mutualistas, Pagarés, Escrituras de Fideicomiso, Hipotecas, Pólizas de Seguros y cualquier otra Inversión o Fondo de Retiro.

Mande copias de:

- ✓ Estado de cuenta de cheques y/o ahorros, libreta de depósito (con el interés actual incluido)
- ✓ Póliza de Seguro de Vida
- ✓ Fondos de Fideicomiso, Escrituras de Propiedad, Hipotecas y Pagarés de préstamos/propiedades.
- ✓ Acciones, Bonos o Cuentas de Retiro IRA.

Pregunta 19: Anote el año, modelo y valor de todos los vehículos que usted o su esposo/a tienen en su poder. (automóviles, motocicletas, barcos, etc.) El valor puede ser estimado usando el libro

azul Kelly o cualquier otra fuente acreditada, tal como un concesionario o un mecánico.

✓ Envíe una copia del registro o la notificación de posesión de propiedad (pink slip).

Pregunta 20: Si usted o su esposo/a pagan por el cuidado de su hijo o el cuidado de una persona incapacitada en su casa conteste “sí” a esta pregunta.

Pregunta 21: Si usted o su esposo/a pagan por la manutención alimenticia para su hijo ordenada por la Corte, responda “sí” a esta pregunta y mande copias de la orden de la Corte y prueba de pago.

✓ Mande copias de la orden de la Corte y prueba de pago. (Incluya prueba de su pago mas reciente de manutención alimenticia)

Pregunta 22: Si usted espera cualquier cambio el próximo mes como cambio de residencia, cambio en el tamaño de la familia, compra o venta de propiedades, aseguranza o si usted sabe que el ingreso de la familia se incrementará o reducirá por trabajo de tiempo extra, ascenso, incremento en el pago, incremento en manutención de su niño, pensión, descanso de trabajo, permisos, etc., conteste “sí” y explique los cambios aquí.

Pregunta 23: Indique si usted o su esposo/a tienen o no cobertura bajo cualquier tipo de Aseguranza de salud.

Indique si **a.** la aseguranza es proporcionada por su empleador o el empleador de su esposo/a ó **b.** si fue comprada por usted o su esposo/a.

Si usted tiene otra cobertura indicada en su tarjeta como cobertura dental conteste “sí” en la pregunta **c.**

Si su empleador o el empleador de su esposo/a ofrecen aseguranza médica aun cuando usted o su esposo/a hayan preferido no participar conteste “sí” a la pregunta **d.**

Pregunta 24: Si usted contestó que sí a cualquiera de las preguntas de la número 23 por

favor escriba el nombre y dirección de la Compañía de Seguros.

Pregunta 25: Marque “sí”, si usted o su esposo/a han entablado una demanda o están siendo tratados por causa de un accidente, herida, compensación al trabajador o accidente de carro.

Mande todas las copias de:

- ✓ Tarjetas de aseguranza
- ✓ Beneficios a Veteranos.
- ✓ Dirección y número de póliza de compensación al trabajador y responsabilidad de terceros.

Pregunta 26: ¿Están usted o su esposo/a recibiendo beneficios de desempleo, Incapacidad del Estado, beneficios de Medi-cal o Seguro Social? Si es sí, indique quien recibe el beneficio y escriba la cantidad.

- ✓ Mande copias de las cartas de concesión.

¿Ha llenado una solicitud para alguno de estos beneficios? Si es “sí*” indique cuando.

Pregunta 27: Indique cualquier otro ingreso, incluya regalos en efectivo, pagos en efectivo, cualquier dinero recibido por usted o su esposo/a durante el mes pasado. Indique el tipo de ingreso, quien recibió el ingreso y la cantidad recibida.

Pregunta 28: Si usted o su esposo/a están actualmente empleados conteste “sí” y complete una sección entera por cada persona y por cada trabajo. Use páginas adicionales si es necesario.

En cada sección indique:

- a. El nombre de la persona empleada.
- b. El nombre del empleador.
- c. Sueldo por hora. *Ejemplo, \$7.75.*
- d. El número total de horas que usted trabaja por semana. *Ejemplo, 35.*

- e. El total de días que trabaja por semana. *Ejemplo, 5.*
- f. Que día de la semana normalmente recibe su cheque de pago. *Si esto cambia, escriba “varia”.*
- g. Marque que tan frecuente le pagan cada mes, semanalmente, mensualmente, etc.
- h. Escriba la cantidad total recibida en cada periodo de pago antes de deducciones o impuestos.

Ejemplo: Si usted recibe dinero una vez a la semana escriba la cantidad en el cuadro de cantidades semanales. Si la cantidad de dinero cambia de un periodo de tiempo a otro periodo de tiempo ponga la cantidad promedio que usted recibe. Nosotros usamos los talones de cheque o cualquier otro documento que usted nos proporcione para calcular el ingreso mensual correcto.

Para verificación de ingreso mande

- ✓ Los últimos 4 – 5 talones de cheque. *Si un talón de cheque no está disponible, consiga una carta firmada de su empleador. El ingreso mensual y las fechas recibidas deben de estar en la carta.*
- ✓ Si usted trabaja por su cuenta, mande su declaración de impuestos federales del año pasado y los estados trimestrales de cada trimestre de lo que va de este año.

Pregunta 29: Lea y ponga sus iniciales en cada una de las declaraciones y responsabilidades del paciente indicando que usted ha leído y entendido sus responsabilidades bajo el Programa médico para adultos indigentes (MIA).

Pregunta 30: Firme y ponga la fecha. Su firma en esta sección indica que sus declaraciones y respuestas son verdaderas y que los documentos que usted presenta son verdaderos y correctos.

Cualquier solicitante debe de solicitar en su propia representación a menos que el solicitante sea incompetente, esté sufriendo de amnesia, esté en una condición comatosa o esté medicamente demasiado inestable para ser entrevistado o que el solicitante tenga un custodio, tutor o albacea.

Pregunta 31: En todos los casos en que el solicitante de IHCP no pueda representarse él mismo, la solicitud de IHCP debe de ser completada y firmada por el representante apropiado.

La persona que está completando la solicitud de IHCP en representación del solicitante debe de proporcionar toda la información disponible requerida en la solicitud de IHCP referente a las circunstancias del solicitante así como cualquier documentación requerida por el Consejero de Finanzas como evidencia de que la información dicha en la solicitud de IHCP es correcta.