

SOLICITUD - PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DE LOS CONDADOS (CMSP)

						SÓLO CONDADO
1. Nombre		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
2. Dirección donde reside (número y calle)		Ciudad		Estado		Código postal
Dirección para envío de correspondencia (si fuera diferente)		Ciudad		Estado		Código postal
3. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a						Date: _____ Case number: _____ EW name/number: _____
4. a. Incluir todas las personas con quien vive:						County resident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Identification
Nombre		Sexo		Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H				Parentesco
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H				CMSP solicitado
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Está alguna de las personas nombradas arriba embarazada? Si es así, ¿quién está embarazada?: _____						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. Sólo para los solicitantes de CMSP:						<input type="checkbox"/> MC 13
Nombre			Lugar de nacimiento (estado o país)			Ciudadano estadounidense
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene usted o algún miembro de la familia seguro médico actualmente vigente? Si no lo tiene, ¿es posible obtenerlo por medio de un empleador? Si su respuesta es "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, complete lo siguiente:						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del seguro médico		Persona(s) asegurada(s)		Cantidad de la prima y cada cuanto tiempo paga		<input type="checkbox"/> CMSP 203 completed and sent
Fecha de vencimiento (si corresponde): / /						<input type="checkbox"/> Other health coverage
6. a. ¿Ha sido hospitalizado/a recientemente o se encuentra bajo el cuidado de un médico actualmente? Si la respuesta es "sí" ¿por qué problema?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Tiene usted o un miembro de la familia un problema físico o emocional que le dificulta trabajar u ocuparse de sus necesidades Y ha durado o se espera que dure por lo menos un años? Si su respuesta es "Sí", complete lo siguiente:						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona con el problema o problemas		Tipo de problema(s)		Fecha inicial del problema(s)		Fecha en que se espera la recuperación (si se sabe)
c. ¿Espera poder trabajar el año próximo si recibe tratamiento?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Tiene en proceso la apelación de prestaciones por discapacidad del Seguro Social que le han denegado?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Incluyó el problema (o problemas) en 6.a. y b. anteriormente producido por una lesión o accidente?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f. ¿Ha presentado usted una demanda o una reclamación al seguro?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. a. ¿Está usted o cualquier miembro de la familia trabajando o espera trabajar en los siguientes 3 meses? Si la respuesta es "sí", complete la siguiente información y proporcione pruebas:						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona trabajando		Empleador		Número de horas por semana (si las horas varían, incluya el promedio.)		Cantidad bruta pagada
						Frecuencia de pago (semanalmente, etc.)
Si no está trabajando, ¿cuándo fue la última vez que trabajó? _____						<input type="checkbox"/> UIB/SDI referral
b. Nombre de la persona _____		Mes: _____		Año: _____		<input type="checkbox"/> LDW: _____
Nombre de la persona: _____		Mes: _____		Año: _____		<input type="checkbox"/> LDP: _____
						<input type="checkbox"/> Last employer

8. Si es autónomo, ¿han cambiado sus ingresos brutos ajustados a partir de su última declaración de la renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SÓLO CONDADO <input type="checkbox"/> Tax return <input type="checkbox"/> P and Ls <input type="checkbox"/> Unearned <input type="checkbox"/> Earned
9. ¿Ha recibido usted o un miembro de la familia cualquiera de las siguientes opciones gratis (G) o como pago por trabajo (T)? Si es así, ¿qué ha recibido? <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T Alquiler o vivienda <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T Servicios públicos <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T Alimentos <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> T Ropa	
10. ¿Cuánto paga usted o cualquier miembro de la familia cada mes por alquiler o de hipoteca? \$ servicios públicos: \$	

11. ¿Ha solicitado, recibido o espera recibir usted o cualquier miembro de la familia cualquiera de las siguientes prestaciones o pagos? (Marque (☐) y si la respuesta es "Sí", proporcione prueba de ello.)

- Sí No Nombre de la persona:** _____
- Prestaciones de discapacidad o de jubilación del Seguro Social
 - SSI/SSP
 - Seguro de desempleo
 - Seguro de discapacidad del estado o privado
 - Prestaciones de veterano
 - Manutención de hijos o excónyuge
 - Workers Compensation (seguro de accidentes laborales)
 - Dinero por demanda o por convenio alcanzado con el seguro
 - Becas, préstamos y subvenciones
 - Asistencia general o de ayuda general
 - Otro: _____

- Sí No Nombre de la persona:** _____
- Prestaciones de discapacidad o de jubilación del Seguro Social
 - SSI/SSP
 - Seguro de desempleo
 - Seguro de discapacidad del estado o privado
 - Prestaciones de veterano
 - Manutención de hijos o excónyuge
 - Workers Compensation (seguro de accidentes laborales)
 - Dinero por demanda o por convenio alcanzado con el seguro
 - Becas, préstamos y subvenciones
 - Asistencia general o de ayuda general
 - Otro: _____

Cantidad total esperada este mes: \$ _____

Cantidad total esperada este mes: \$ _____

12. ¿Ha estado usted u otro miembro de la familia inmediata en el servicio militar estadounidense alguna vez? Sí No
Si es así, nombre la persona: _____

13. ¿Es usted o cualquier miembro de la familia propietario de un seguro de vida, un seguro de entierro o un fideicomiso de entierro? Sí No
Si es así, complete lo siguiente:

Nombre de la persona	Nombre y dirección de la compañía	Tipo (entierro, seguro de vida entera o temporal a plazo fijo)	Valor nominal	Valor de rescate en efectivo
			\$	\$
			\$	\$

14. ¿Tiene usted y cualquier miembro de su familia inmediata recursos líquidos, como dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorros, acciones, bonos, cuentas de jubilación, certificados de depósito, IRA, 401K, fondos de inversiones, cuentas fiduciarias, etc.? Sí No

Nombre de la persona	Tipo de cuenta	Banco	Número de cuenta	Saldo

15. ¿Tiene usted o cualquier miembro de la familia automóviles u otro tipo de vehículo motorizado, motocicletas, barcos, cámpers, trailers? Sí No

Nombre de la persona	Año	Artículo, fabricante y modelo	Cantidad debida	¿Funciona?
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

16. a. ¿Está usted o cualquier miembro de la familia comprando una vivienda o es propietario/a de una? Sí No
Si es así, nombre la persona: _____

b. ¿Está usted o cualquier miembro de la familia comprando otra propiedad de bienes raíces o es propietario/a de una? Sí No
Si es así, nombre la persona: _____

Si la respuesta es "Sí", incluya la dirección (número y calle) de la vivienda o de otra propiedad de bienes raíces.	Ciudad	Estado	Código postal
---	--------	--------	---------------

17. ¿Es usted o cualquier miembro de la familia propietario/a de objetos de joyería con un valor superior a \$100 cada uno o de otra propiedad personal que no sea objetos de la casa? Sí No
Si es así, incluya los objetos y nombre de la persona: _____

18. ¿Ha vendido, transferido o dado usted o cualquier miembro de la familia alguna propiedad personal o de bienes raíces en los últimos dos meses? Sí No
 Si es así, especifique la propiedad y nombre de la persona: _____

19. ¿Paga usted o su cónyuge manutención por hijos o excónyuge o por cuidar a un hijo? Si es así, proporcione pruebas. Sí No

Cantidad \$	Nombre de la persona que paga	A quién
-------------	-------------------------------	---------

20. ¿Está usted o cualquier miembro de la familia huyendo para evitar procesamiento judicial, custodia o confinamiento después de una condena debida a un delito, el cual es un delito grave bajo la ley del lugar del que huye, o está violando una condición de su periodo de prueba o libertad condicional impuesta bajo la ley federal o estatal? Sí No
 Si es así, nombre de la persona: _____

Asegúrese de leer todas las secciones y de responder todas las preguntas. Lea lo siguiente atentamente antes de firmar.

- Entiendo que estoy solicitando servicios en el *County Medical Services Program* (programa de servicios médicos de los condados) y que no estoy solicitando prestaciones del programa estatal Medi-Cal.
- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas a mi mejor saber y entender.
- Acepto cumplir con todas las responsabilidades explicadas en el formulario "Derechos, responsabilidades y otra información" del programa de servicios médicos de los condados (CMSP) que he recibido.
- Entiendo que es posible que se me pida presentar pruebas de lo que he declarado y que mi derecho a recibir servicios a través del programa puede estar sujeto a un análisis de control de calidad.
- Entiendo que, de acuerdo a la ley, el condado debe mantener de forma confidencial toda información que yo proporcione.

Entiendo que si deliberadamente hago falsas declaraciones o no revelo información, yo (o la persona en cuyo nombre actúo) puedo perder mi tarjeta de CMSP y ser procesado por fraude.

Firma del solicitante			Fecha
Firma del testigo (si el solicitante firma con una marca) o persona que actúa en nombre del solicitante o está ayudándolo.	Parentesco	Número telefónico ()	Fecha