Renewal Month: _____
CSLD/WKR: _____

PROGRAMA DE MEDICAID DE LOUISIANA

Devuelva este formulario o llame antes del:

Utilice este formulario para renovar la cobertura de Medicaid. Si no renueva, la cobertura de Medicaid terminará. Después de obtener la información que necesitamos de usted, le avisaremos si usted y/o su familia aún están cubiertos.

Cómo renovar

1. **Complete y firme este formulario para renovar por correo o llame a su trabajador para renovar por teléfono.**
2. **Obtenga los comprobantes.** Vea el dibujo de la casilla de correo al lado de cada documento que necesitamos. Si necesita más tiempo para obtener los comprobantes, avísenos inmediatamente.
3. **Envíenos este formulario y los comprobantes que ya tiene inmediatamente,** para que podamos comenzar a trabajar para ver si usted y/o su familia cumplen con los requisitos. **Traiga o envíenos por fax el formulario y comprobantes o envíelos por correo en el sobre que le llego con este formulario.**
4. Cuando obtenga el resto de los comprobantes, envíelos o tráigalos a nuestras oficinas. Si necesita la dirección o número de fax de la oficina de Medicaid más cercana, llame al 1-888-342-6207, TTY: 1-800-220-5404. Estas llamadas son gratis.

¿Qué idioma habla mejor? ❑ *Inglés* ❑ *Español* ❑ *Vietnamita* ❑ *Otro* _____
¿Qué idioma escribe mejor? ❑ *Inglés* ❑ *Español* ❑ *Vietnamita* ❑ *Otro* _____

1. Cuéntenos sobre usted (la persona que recibe Medicaid).

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Apellido de soltera _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____
Raza/Antecedentes étnicos (No tiene que contestar. Puede marcar más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o Nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Dónde nació usted? Ciudad _____ Condado _____
Estado _____ País _____
Nombre de su madre (primero, inicial del segundo, apellido) _____
Apellido de soltera de su madre _____

Si usted no es ciudadano/a de los Estados Unidos, envíe comprobantes de su estado migratorio y responda las siguientes preguntas.

Si no es ciudadano/a de Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____
¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

2. Díganos como contactarlo/a

Dirección de Correo _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección donde vive (si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Condado donde vive _____ Teléfono de día (_____) _____
Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de mensajes (_____) _____
Dirección de E-mail _____
El mejor día/horario para llamarle de lunes a viernes entre 8 a.m. y 4:30 p.m. _____

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario, llame a su trabajador o a Medicaid al 1-877-252-2447; Si tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.
ESTAS LLAMADAS SON GRATIS.

3. Díganos sobre las personas que viven con usted. ❑ Nadie vive conmigo – Pase a la pregunta 4. *Díganos sobre su cónyuge, hijos menores de 19 años y padres de los niños. Si alguien que recibe Medicaid no es ciudadano/a de los Estados Unidos, envíenos comprobantes de su estado migratorio. Para espacio adicional, utilice una hoja aparte.*

A. Nombre (Primer nombre, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: ❑ Cónyuge ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Otro: _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe Medicaid esta persona? ❑ Sí ❑ No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **no**, pase a la **B**

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado ____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____
Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____
¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

B. Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: ❑ Cónyuge ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Otro: _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe Medicaid esta persona? ❑ Sí ❑ No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **no**, pase a la

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado ____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____
Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____
¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

C. Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: ❑ Cónyuge ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Otro: _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe Medicaid esta persona? ❑ Sí ❑ No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **no**, pase a la

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado ____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del segundo, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____
Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____
¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

D. Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____ ❑ Masculino ❑ Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: ❑ Cónyuge ❑ Hijo/a ❑ Hijastro/a ❑ Otro: _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): ❑ Blanco ❑ Negro ❑ Asiático
❑ Indio Americano o nativo de Alaska ❑ Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico ❑ Hispano o Latino

¿Recibe Medicaid esta persona? ❑ Sí ❑ No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **no**, pase a la **4**

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado ____ País _____
Nombre de la madre (nombre, inicial del segundo, apellido) _____
Apellido de soltera de la madre _____
Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____
¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

4. ¿Tiene alguien que recibe Medicaid un esposo/a que ha fallecido? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 5

¿Quién tiene un esposo/a fallecido/a? _____

Díganos sobre el esposo/a fallecido/a. *Si necesita, use una hoja aparte.*

Nombre _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de fallecimiento _____

¿Veterano? ❑ Sí ❑ No Número de Retirado del ferrocarril _____

5. ¿Tiene alguna de las personas que reciben Medicaid una discapacidad? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 6 *Si necesita espacio adicional, utilice una hoja aparte.*

Persona #1:

¿Quién tiene la discapacidad? _____ ¿Cuándo comenzó? _____

Cuéntenos sobre la discapacidad _____

_____

Díganos sobre los doctores, hospitales o proveedores médicos que atienden a esta persona.

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Persona #2:

¿Quién tiene la discapacidad? _____ ¿Cuándo comenzó? _____

Cuéntenos sobre la discapacidad _____

Díganos sobre los doctores, hospitales o proveedores médicos que atienden a esta persona.

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

Nombre_____ Dirección y número de teléfono_____

6. Si alguna de las personas que reciben Medicaid está embarazada, cuéntenos sobre el embarazo.

Fecha de parto estimada _____ ¿Espera más de un bebé? ❑ Sí ❑ No

7. Si alguien que recibe Medicaid ha solicitado beneficios de discapacidad de la Administración del Seguro Social o Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI) en los últimos 12 meses, díganos:

¿Quién solicitó? _____ ¿Ha sido tomada una decisión? ❑ Sí ❑ No

Si **sí**, ¿cuál fue la decisión? _____

_____

8. ¿Trabaja alguien? ❑ Sí – Complete en la próxima página ❑ No – Pase a la pregunta 9

Envíe copias de los talones de cheques u otro comprobante de ingresos del último mes. ***Si alguien tiene su propio negocio****, envíe copias de los formularios de declaración de impuestos con* ***todas*** *las secciones (schedules) adjuntas, u otros comprobantes si no tiene la declaración de impuestos.*

¿Quién trabaja?	**Nombre del empleador** _____ **Número de teléfono del empleador** _____ ❑ **Negocio propio**	**¿Cuánto?** **(muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)** **$** _____ **¿Con qué frecuencia?** ❑ semanal ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes ❑ mensual	**¿Se ofrece seguro a través de este trabajo?** ❑ Sí ❑ No
¿Quién trabaja?	**Nombre del empleador** _____ **Número de teléfono del empleador** _____ ❑ **Negocio propio**	**¿Cuánto?** **(muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)** **$** _____ **¿Con qué frecuencia?** ❑ semanal ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes ❑ mensual	**¿Se ofrece seguro a través de este trabajo?** ❑ Sí ❑ No

9. ¿Recibe alguien dinero de:

• Seguro social • SSI • Pensión Alimenticia • Manutención marital • Desempleo
• Dinero de amigos/familiares • Worker's Comp (compensación de trabajadores)
• Beneficios de veterano • Retiro • Retiro del Ferrocarril • Dividendos • Derechos
• Anualidades • Renta de otras propiedades • Algo más (díganos)

❑ **Sí – Complete abajo** ❑ **No – Pase a la pregunta 10**

Envíe comprobantes. *Usted* ***no*** *tiene que enviar comprobantes de beneficios de seguro social, SSI o desempleo, a no ser que el desempleo se reciba de otro estado. Usted no tiene que enviar comprobantes de manutención infantil si lo recibe a través de la oficina de Support Enforcement Services (SES) de Louisiana -- díganos.*

¿Quién lo recibe?	**Tipo de ingreso**	**¿Cuánto recibe?** **$**_____ **¿Con qué frecuencia?** ❑ semanal ❑ mensual ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes	**Para beneficios de veterano o de retiro del ferrocarril, díganos el número de reclamo o de registro:**
¿Quién lo recibe?	**Tipo de ingreso**	**¿Cuánto recibe?** **$**_____ **¿Con qué frecuencia?** ❑ semanal ❑ mensual ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes	**Para beneficios de veterano o de retiro del ferrocarril, díganos el número de reclamo o de registro:**
¿Quién lo recibe?	**Tipo de ingreso**	**¿Cuánto recibe?** **$**_____ **¿Con qué frecuencia?** ❑ semanal ❑ mensual ❑ cada 2 semanas ❑ 2 veces al mes	**Para beneficios de veterano o de retiro del ferrocarril, díganos el número de reclamo o de registro:**

10. ¿Ha solicitado alguien ayuda del seguro social o beneficios de veterano pero no se los otorgaron todavía? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 11

¿Quién? _____

¿Qué es? _____

11. Díganos de cualquier persona del hogar que tenga alguna de las cosas enumeradas.

Envíe comprobantes de cada uno para mostrar el valor y/o quien lo posee. *Si no hay comprobantes avísenos.*

¿Cuentas de cheques? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

Nombre del banco _____

¿Cuentas de ahorros? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

Nombre del banco _____

¿Certificados de depósito (CD)? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

Nombre del banco _____

¿Bonos y/o acciones? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenecen? _____

Si son bonos, ¿de qué tipo? _____

Número de bono/s _____

¿Cuál es el valor del bono/s? _____

¿Cuál es el valor de las acciones? _____

¿Cuál es el nombre de la compañía? _____

¿Anualidades y/o cuentas de retiro? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

¿Se reciben pagos periódicamente? ❑ Sí ❑ No

Si **sí**, ¿cuánto? $_____¿Con qué frecuencia? _____

Si **no**, ¿pueden recibirse pagos? ❑ Sí ❑ No

¿Se puede hacer un retiro de todos los fondos? ❑ Sí ❑ No

¿Cuentas IRA (cuenta de retiro individual) o **Keogh?** ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenece? _____

Nombre/s en la cuenta _____

Nombre del banco _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

¿Cajas de seguridad o de depósito? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenece? _____

Nombre del banco _____

¿Qué hay dentro de la caja o cajas? _____

¿Cuál es el valor de los artículos que están en cada caja? _____

¿Automóviles, camionetas, botes, campers, motocicletas, ATVs (cuatriciclos)? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿cuántos hay en el hogar? _____

¿Quién es el dueño? _____

¿Cuáles son las marcas, tipos y modelos? _____

_____

¿Cuál es el valor de cada uno? _____

¿Cuánto se debe del valor de cada uno? _____

¿Seguros de vida o de entierro? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿Quién tiene seguro? _____

¿Quién es el dueño de la póliza/s? _____

¿Cuál es el valor total de cada póliza (face value)? _____

_____

¿Cuál es el Número de póliza/s? _____

_____

¿Nombre de la compañía/s de seguros? _____

_____

¿Hay dinero reservado en una cuenta de banco para entierro o un contrato de entierro acordado previamente con la casa funeraria? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenecen? _____

¿Cuál es el valor? _____

¿Nombre del banco o compañía? _____

Si es un contrato de entierro previamente acordado, ¿cómo se pagará? ❑ Seguro de vida ❑ En efectivo ❑ Ambos

¿Está completamente pagado el contrato previamente acordado? ❑ Sí ❑ No

¿Puede el contrato previamente acordado ser cancelado o revocado? ❑ Sí ❑ No

¿Propiedad donde vive? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenece? _____

¿Cuál es el valor? _____

Díganos sobre ella (ubicación, tamaño del lote, número de acres). _____

_____

¿Propiedad en la que usted no vive, como otra casa, tierras o propiedad fuera del estado? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenece? _____

¿Cuál es el valor? _____

Díganos sobre ella (ubicación, tamaño del lote, número de acres). _____

_____

¿Algo más? ❑ Sí ❑ No

Si **sí,** ¿a quién le pertenece? _____

¿Qué es? _____

¿Cuál es el valor? _____

Díganos sobre este bien o bienes. _____

_____

12. ¿Ha creado alguien que recibe Medicaid un fideicomiso, o ha puesto bienes en un fideicomiso o se ha creado un fideicomiso para él o ella? ❑ Sí – Responda abajo ❑ No – Pase a la pregunta 13. ***Envíe copia de los documentos del fideicomiso.***

Díganos la fecha en que el fideicomiso fue creado. _____

¿Puede ser revocado o cancelado? ❑ Sí ❑ No

¿Fue establecido el fideicomiso por un testamento? ❑ Sí ❑ No

¿Fue establecido el fideicomiso para una persona discapacitada menor de 65 años de edad? ❑ Sí ❑ No

¿Quién lo creó? _____

¿De quién es la propiedad o el dinero utilizado para establecer el fideicomiso? _____

Díganos qué hay en el fideicomiso. _____

_____

¿Quién recibe ingresos del fideicomiso? _____

¿Quién es la persona principal que recibe ingresos del fideicomiso? _____

¿Quién es el administrador? _____

13. Si alguien que recibe Medicaid tiene seguro médico privado, responda las siguientes preguntas. ❑ Nadie tiene seguro – Pase a la pregunta 14

Envíe copias del frente y el reverso de las tarjetas de seguro. *Si hay más de un seguro, utilice una hoja aparte.*

Díganos quién está cubierto. _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha inicial de cobertura _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____Número de grupo _____

Cubre: ❑ Hospital ❑ Doctor ❑ Medicina ❑ Dental ❑ Ambulancia ❑ Embarazo

¿Es este seguro a través de un trabajo? ❑ Sí ❑ No Si **sí**, ¿Cuánto cuesta al mes? _____

➜ *Si el seguro es a través de un trabajo, Medicaid podría ayudarle a pagar las cuotas con el programa LaHIPP. Llame al 1-866-362-5253 o visite www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov para más información.*

14. Si alguno de los solicitantes <u>no</u> tiene seguro médico ¿podría tener seguro médico bajo la póliza de alguien más? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 15

Díganos bajo la póliza de quién _____Número de teléfono de ellos (____)_____

15. ¿Tiene Medicare alguna de las personas que reciben Medicaid? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 16

Nombre _____Número de Medicare _____

Nombre _____Número de Medicare _____

16. ¿Paga alguien por el cuidado de niños o de un adulto discapacitado para poder trabajar, ir a la escuela o recibir entrenamiento? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Pase a la pregunta 17

Envíe comprobantes de pago *si quiere que lo descontemos de sus ingresos. Estos costos reducen el monto de sus ingresos que consideramos y pueden ayudarle a continuar recibiendo Medicaid.*

Nombre del niño/s o adulto que recibe el cuidado _____

¿Quién lo paga? _____

¿Cuánto paga? _____¿Con qué frecuencia? _____

¿Recibe ayuda para pagarlo de alguien o de algún programa? ❑ Sí – ¿Cuánto? _____❑ No

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados _____

Número de teléfono de la guardería o proveedor de cuidados (_____)_____

Dirección de la guardería o proveedor de cuidados _____Ciudad _____

17. ¿Paga alguien en su casa manutención infantil o marital ordenada por la corte? ❑ Sí – Complete abajo ❑ No – Firme abajo

Envíe una copia de la orden de la corte y comprobante de pagos *si quiere que lo descontemos de sus ingresos. Estos gastos reducen el monto de sus ingresos que consideramos y puede ayudar a continuar recibiendo Medicaid. Si lo paga a través de la oficina de Louisiana Support Enforcement Services (SES), usted* ***no*** *tiene que enviar comprobantes -- díganos.*

Nombre de la persona que lo paga _____

¿Cuánto paga? _____¿Con qué frecuencia? _____

Es el fin de la solicitud. Usted debe firmar en la próxima página.

Firme aquí: _____**Fecha** _____

Firma del esposo/a aquí (si recibe Medicaid)**:** _____**Fecha** _____

Si alguien de Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.

_____**Fecha**_____

Por favor utilice el sobre que vino con este formulario de renovación para enviar el formulario firmado y los comprobantes que tenga. Gracias.

✓ Antes de enviar este formulario, por favor confirme los siguientes puntos:

➔ **Recuerde que no tiene que tener todos los comprobantes cuando envía el formulario. Puede enviar el resto más tarde. Le enviaremos una carta y le daremos al menos 10 días para enviar los comprobantes faltantes.**

- ☐ Yo firmé y puse fecha al formulario.
- ☐ Contesté todas las preguntas y complete todas las secciones de este formulario.
- ☐ Para las personas que no son ciudadanas de los Estados Unidos, envío o enviaré comprobantes de estado migratorio.
- ☐ Estoy enviando o voy a enviar una copia de ambos lados de las tarjetas de seguros.
- ☐ Estoy enviando o voy a enviar comprobantes de ingresos de todas las personas listadas en este formulario.
- ☐ Estoy enviando o voy a enviar comprobantes de pago por cuidado de niños de la guardería o comprobantes de pago por cuidados de un adulto del proveedor de los cuidados
- ☐ Estoy enviando o voy a enviar orden de la corte y comprobantes de pago de manutención marital o infantil dados a personas fuera del hogar
- ☐ Estoy enviando o voy a enviar comprobantes de los bienes que poseemos.
- ☐ Estoy enviando o voy a enviar copia de los documentos del fideicomiso.