

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS

A. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA

Nombre completo al nacer	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Lugar de nacimiento (ciudad, estado y adjunte copia del acta de nacimiento de la persona)		¿Es veterano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Estado civil	Nombre del cónyuge	Fecha y lugar del matrimonio/divorcio
Es ciudadano <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO de los Estados Unidos? En caso negativo, adjunte prueba del número A de la persona, la fecha y el puerto de entrada, una copia de ambos lados de cualquier autorización de empleo o tarjeta de residente permanente u otra documentación que explique el estado migratorio actual de la persona.		
¿Hay un tutor legal, suplente o alternativo o comité designado por el tribunal para la persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ, proporcione el nombre y la dirección (adjunte copias de los documentos legales):		
Si la persona es menor de 21 años, ¿vive con sus padres? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Tiene la persona Medicaid? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo: Número de ID del cliente (CIN): _____ Fecha de aprobación: _____ En caso negativo: ¿Se presentó la solicitud de Medicaid? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, complete lo siguiente: Fecha de la solicitud: _____ Fecha de denegación: _____ Motivo de denegación: _____		
¿Está la persona inscrita en la exención de HCBS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de inscripción: _____ Si la respuesta es NO: ¿Se presentó una solicitud de exención de HCBS para la persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Fecha de la solicitud: _____ Fecha de denegación: _____ Motivo de denegación: _____		
¿Qué servicios recibe/solicita la persona? <i>Incluya todos los servicios prestados por todas las agencias:</i>		

B. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE LA PERSONA

¿Recibe la persona ingresos de alguna fuente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ, complete lo siguiente sobre todas las fuentes de ingresos que la persona recibió durante los últimos 3 meses:			
Fuente de ingresos	Quién es el beneficiario	Número de reclamo	Cantidad mensual
SEGURO SOCIAL			\$
INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIO (SSI)			\$
Otros beneficios			\$
			\$
¿Estuvo la persona alguna vez empleada o recibió salarios (incluyendo salarios de un taller)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ, ¿está la persona está empleada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ, complete lo siguiente sobre los empleadores actuales, otros empleadores y los salarios brutos mensuales durante los últimos 3 meses.			
Empleadores	Dirección	Salario bruto	

C. INFORMACIÓN SOBRE LOS BIENES DE LA PERSONA**Responda la siguiente pregunta solo si la persona residirá en un ICF:**

¿La persona ha vendido, regalado o transferido dinero, bienes inmuebles u otros activos durante los últimos 60 meses?

 SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, adjunte una hoja con información, incluyendo el tipo de activo, valor, a quién se vendió/entregó/transfirió el activo, la fecha de la transacción y el monto por el cual se vendió el activo.

¿Ha colocado la persona algún activo en un fideicomiso o se ha hecho algún desembolso de un fideicomiso establecido para beneficio de la persona?

 SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, adjunte una copia del documento del fideicomiso o una hoja con información sobre este, incluyendo el origen del dinero, el nombre del fiduciario, la ubicación del fideicomiso, el número de cuenta y el valor del fideicomiso.

¿Tiene la persona alguna cuenta bancaria, cuenta de cooperativa de crédito, certificados de depósito, anualidad, 401(k), otra cuenta de jubilación, acciones, bonos, valores o intereses en bienes inmuebles?

 SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, adjunte copias (adjunte una hoja si es necesario para activos o información adicional):

	Activo 1	Activo 2
Tipo de activo		
Nombre de la persona que recibe los extractos bancarios o mantiene los registros		
Valor del activo actual		

¿Hay un fondo para el entierro de la persona? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, adjunte una copia de la declaración más reciente.

¿Tiene la persona un contrato funerario previo a la necesidad, un fideicomiso de entierro, un terreno u otro espacio para el entierro?

 SÍ NO Si la respuesta es SÍ, proporcione información (adjunte una copia del contrato):**D. INGRESOS O BIENES FUTUROS DE LA PERSONA**

¿Tiene la persona un interés, un posible interés o espera recibir una herencia, un acuerdo judicial, un fondo fiduciario u otro activo?

 SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, describa el activo abajo (adjunte una hoja con la información):

E. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE VIDA DE LA PERSONA¿Hay un Seguro de Vida para la persona? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, complete lo siguiente (adjunte una copia de la póliza):

Nombre y dirección de la compañía de seguros

Número de póliza

Valor nominal
\$

Nombre y dirección de la persona titular de la póliza

F. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO DE LA PERSONA

¿Tiene la persona Medicare?

 SÍ NO

Fecha de vigencia

Numero de reclamo

Parte A Seguro hospitalario

 SÍ NO

Parte B Seguro médico

 SÍ NO

Parte D Plan de medicamentos recetados

 SÍ NO

Plan Medicare Advantage

 SÍ NO

Nombre, dirección y teléfono del plan Medicare Advantage			
¿Está la persona cubierta por otro seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, adjunte una copia del certificado de seguro, póliza, folleto o tarjeta (anverso y reverso) y complete lo siguiente:			
Nombre y dirección de la compañía de seguros			
Número de póliza	Número de grupo	Otros identificadores	
Fecha de vigencia de la cobertura	Nombre del suscriptor		
Nombre y dirección del grupo/empleador			
G. INFORMACIÓN IDENTIFICADORA SOBRE LOS PADRES Y EL CÓNYUGE DE LA PERSONA			
	PADRE/MADRE 1	PADRE/MADRE 2	CÓNYUGE
Nombre completo al nacer/apellido de soltero			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento (ciudad, estado)			
Número de seguro social			
Ciudadano de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Es veterano de los Estados Unidos? Si la respuesta es SÍ, proporcione:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Número de serie			
Número de reclamo			
Recibe beneficios por discapacidad/jubilación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fecha de discapacidad/jubilación			
Fecha y lugar de fallecimiento, si corresponde			
H. REPRESENTANTES FINANCIEROS DE LA PERSONA			
¿Hay alguien que tenga información financiera sobre la persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ, proporcione la información abajo (adjunte una hoja si es necesario):			
NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO		RELACIÓN
I. LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CORRECTA A MI MEJOR SABER			
Firma de la persona que completa el formulario		Nombre en letra imprenta	
Relación con la persona	Fecha	Teléfono de casa	
Teléfono móvil	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	