

Joe Lombardo  
Governor

Laura Rich  
Director



# DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Serving Nevada. Supporting Community. Building Futures.



Robert H. Thompson  
Administrator

MEDICAID



Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
Número de Caso: \_\_\_\_\_

### Addenda de Asistencia Médica para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MAABD)

Complete este addenda si solicita agregar asistencia médica en su solicitud actual de SNAP/TANF.

¿Ha estado usted o su cónyuge en un hospital, hogar de ancianos u otra institución médica durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____	¿Qué meses? _____
¿Está usted actualmente en un hospital, asilo de ancianos u otra institución médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____	Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____
Nombre del establecimiento / Dirección: _____	
¿Ha sido usted o su cónyuge lesionado en un accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____
Si usted o su cónyuge reside en una institución médica, independientemente del estado de salud, ¿tiene la intención de volver a su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Por favor marque la casilla para todos los recursos usted o un miembro de su hogar tiene

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                            | <input type="checkbox"/> Cuentas individuales de dinero indígena (IIM) | <input type="checkbox"/> Otros tipos de cuentas            |
| <input type="checkbox"/> Fondos/Planes de entierro          | <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro individuales (IRA)          | <input type="checkbox"/> Otras casas, terrenos o edificios |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques comerciales     | <input type="checkbox"/> Cuentas Keogh (401K)                          | <input type="checkbox"/> Pagarés o contratos               |
| <input type="checkbox"/> Equipo de negocios/Inventario      | <input type="checkbox"/> Derechos sobre terreno/Minerales              | <input type="checkbox"/> Caja fuerte                       |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo disponible      | <input type="checkbox"/> Herencia en vida/Arrendamientos en vida       | <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorros                |
| <input type="checkbox"/> Certificados de Depósito (CD)      | <input type="checkbox"/> Pólizas de seguro de vida                     | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro                   |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques                 | <input type="checkbox"/> Ganado/Caballos                               | <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos                    |
| <input type="checkbox"/> Club de Navidad                    | <input type="checkbox"/> Reclamos mineros                              | <input type="checkbox"/> Una casa donde usted es dueño     |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de asociaciones de crédito | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios disponibles                | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios no disponibles |
| <input type="checkbox"/> Otro                               |  |  |

Si ha marcado cualquier casilla arriba indicada, por favor de proporcionar detalles a continuación:

DUEÑO(S)	Tipo de recurso	Cuenta/ No. de Póliza	Valor	Cantidad debida

¿Hay algún recurso indicado arriba designado para entierro?  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_



Anotar todos los automóviles, camionetas, vehículos de recreación, remolques, etc. donde usted es dueño o está comprando. Incluir vehículos que no están actualmente funcionando.

DUEÑO(S)	Año, Marca, y Modelo	Valor	¿Registrado?	DUEÑO(S)	Año, Marca, y Modelo	Valor	¿Registrado?

¿Usted o alguien en su hogar ha vendido, intercambiado o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos o cerrado alguna cuenta de banco o comprado anualidades en los últimos 60 meses?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indica la fecha: | ¿Qué fue dado? | Valor: | Precio de venta total:

---

¿Ha usted o su cónyuge ejecutado un fondo fiduciario, anualidades, orden judicial y/o comprado un pagaré, un préstamo, o herencia en vida?  Sí  No

Si la respuesta es sí, adjunta una copia(s) del documento(s) con esta solicitud.

*Tenga en cuenta que, en virtud de las disposiciones de la asistencia médica para el cuidado institucional, anualidades compradas a partir del 8 de febrero 2006 deben nombrar el Estado de Nevada como beneficiario restante.*

## INFORMACIÓN DE INGRESO

¿Recibe usted o su cónyuge ingreso de cualquier fuente?  Sí  No

Persona	Frecuencia	Cantidad



## INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Por favor de completar lo siguiente sobre su cónyuge actual y todos los anteriores, aunque están separados, pero no divorciados. Si su cónyuge ha fallecido, toda la información posible todavía tiene que ser completado. Por favor de utilizar una hoja por separado si existen más de 3 cónyuges.

Nombre del cónyuge:		
Dirección:		
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
¿Esta divorciado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de separación:	¿Es viudo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha enviudado:
Nombre del empleador / Dirección:	Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:	Años empleados:	
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de reclamación:	

Nombre del cónyuge:		
Dirección:		
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
¿Esta divorciado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de separación:	¿Es viudo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha enviudado:
Nombre del empleador / Dirección:	Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:	Años empleados:	
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de reclamación:	

Nombre del cónyuge:		
Dirección:		
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
¿Esta divorciado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de separación:	¿Es viudo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha enviudado:
Nombre del empleador / Dirección:	Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:	Años empleados:	
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de reclamación:	

**Para ayudarnos procesar su solicitud a tiempo, por favor de proporcionar verificación de cualquier ingreso y recursos.**



**Indios Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)**

Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada Check Up y Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribuales o los programas urbanos de salud indígena.

Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Al presentar una solicitud a través de Nevada Health Link como miembro de una tribu reconocida a nivel federal, se requerirá la afiliación tribal. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible.

**Selección del plan de salud/ Organizaciones de preferencia de atención administrada**

Los hogares de Nevada están cubiertos por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, se le asignará un plan al azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check-Up. Si usted o algún miembro de la familia ya está inscrito en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.

¿Cuál Opción Atención Administrada le Gustaría?	Condado Disponible	Teléfono de contacto	Sitio web (Visite para más información)		
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-396-2329	<a href="https://mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html">mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html</a>		
<input type="checkbox"/> CareSource	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-230-2058	<a href="https://caresource.com/nv/plans/medicaid/">caresource.com/nv/plans/medicaid/</a>		
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada	Urbano Clark	1-800-962-8074	<a href="https://myHPNmedicaid.com/Member">myHPNmedicaid.com/Member</a>		
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-685-2102	<a href="https://meetmolina.com/nv-medicaid">meetmolina.com/nv-medicaid</a>		
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-366-2880	<a href="https://silversummithealthplan.com">silversummithealthplan.com</a>		
<input type="checkbox"/> Ninguna Preferencia (Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)					
Para más información en los planes diferentes, visite <a href="https://www.nevadamedicaid.nv.gov/medicaid-members/health-plan-home/contact-a-health-plan/">https://www.nevadamedicaid.nv.gov/medicaid-members/health-plan-home/contact-a-health-plan/</a> . Si necesita buscar un proveedor, visite <a href="https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx">https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx</a> , y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:					
Llame gratis estatal (800) 992-0900	TTY (800) 326-6888	Carson City (775) 684-3651	Reno (775) 687-1900	Las Vegas (702) 668-4200	Elko (775) 753-1191

Firma del solicitante

Nombre con letra de molde

Fecha

Número de teléfono

Firma del cónyuge

Nombre con letra de molde

Fecha

Número de teléfono

