

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?		☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿quién?		¿Qué meses?
¿Está usted actualmente en un hospital, asilo de ancianos u otra institución médica?		☐ Sí ☐ 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?		☐ Sí ☐ 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?		☐ Sí ☐ No

Please check the box for all resources you or a member of your household have:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Ninguna | ☐ Cuentas individuales de dinero indígena (IIM) | ☐ Otros tipos de cuentas |
| ☐ Fondos/Planes de entierro | ☐ Cuentas de retiro individuales (IRA) | ☐ Otras casas, terrenos o edificios |
| ☐ Cuentas de cheques comerciales | ☐ Cuentas Keogh (401K) | ☐ Pagarés o contratos |
| ☐ Equipo de negocios/Inventario | ☐ Derechos sobre terreno/Minerales | ☐ Caja fuerte |
| ☐ Dinero en efectivo disponible | ☐ Herencia en vida/Arrendamientos en vida | ☐ Cuentas de ahorros |
| ☐ Certificados de Depósito (CD) | ☐ Pólizas de seguro de vida | ☐ Bonos de ahorro |
| ☐ Cuentas de cheques | ☐ Ganado/Caballos | ☐ Acciones/Bonos |
| ☐ Club de Navidad | ☐ Reclamos mineros | ☐ Una casa donde usted es dueño |
| ☐ Cuentas de asociaciones de crédito | ☐ Fondos fiduciarios disponibles | ☐ Fondos fiduciarios no disponibles |
| ☐ 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)? ☐ Sí ☐ No	¿Esta separado(a)? ☐ Sí ☐ No	¿Es viudo(a)? ☐ Sí ☐ No	
Fecha del divorcio:	Fecha de separación:	Fecha enviudado:	
Nombre del empleador / Dirección:		Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? ☐ Sí ☐ No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? ☐ Sí ☐ No			Años empleados:
No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:			
¿Veterano? ☐ Sí ☐ No		No. de reclamación:	

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

Nombre del cónyuge:			
Dirección:			
No. de Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	
¿Esta divorciado(a)? ☐ Sí ☐ No	¿Esta separado(a)? ☐ Sí ☐ No	¿Es viudo(a)? ☐ Sí ☐ No	
Fecha del divorcio:	Fecha de separación:	Fecha enviudado:	
Nombre del empleador / Dirección:		Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? ☐ Sí ☐ No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? ☐ Sí ☐ No			Años empleados:
No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:			
¿Veterano? ☐ Sí ☐ 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)		
☐ Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html		
☐ CareSource	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/		
☐ Health Plan of Nevada	Urbano Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member		
☐ Molina Healthcare	Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-685-2102	meetmolina.com/nv-medicaid		
☐ SilverSummit Healthplan	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com		
☐ 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 https://www.nevadamedicaid.nv.gov/medicaid-members/health-plan-home/contact-a-health-plan/ . Si necesita buscar un proveedor, visite https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx , 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





Medicaid Estate Recovery Notificación de Operación del Programa

Tenga en cuenta que, si está solicitando o recibiendo beneficios del programa de Medicaid, ésta es información importante que podría afectar su decisión de recibir beneficios de Medicaid.

De acuerdo con la ley estatal y federal, el estado de Nevada administra un programa de recuperación de bienes de Medicaid mediante el cual la asistencia de Medicaid correctamente pagada es recuperada del estado indiviso de la persona que recibió los beneficios de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid de 55 años o más y ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería son afectados por este programa. Cuando esos individuos fallecen, Medicaid requiere que los estados indivisos de esas personas paguen de vuelta cualquier beneficio pagado por Medicaid.

El "estado indiviso" se define ampliamente en Nevada. Incluye toda la propiedad real y personal y otros bienes en o a los que una persona tenía algún título legal o interés en el momento de la muerte. Esto incluye bienes transmitidos a otra persona a través de tenencia conjunta, bienes de vida, fideicomisos, anualidad, hacienda u otro arreglo. Una reclamación de Medicaid no puede ser vencida por una exención de hacienda o por el funcionamiento de la bancarrota o la ley de la insolvencia.

Ciertas personas son protegidas contra la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperar si el beneficiario de Medicaid tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 años, o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si se impide que Medicaid se recupere debido a un cónyuge sobreviviente, un niño ciego o discapacitado o un niño menor de 21 años, Medicaid puede poner una retención sobre el interés del beneficiario fallecido en bienes raíces y/o personales.

Sin embargo, Medicaid tiene que liberar la retención si el cónyuge, niño ciego o discapacitado o un niño menor de 21 años venden la propiedad a un comprador de buena fe por el valor justo de mercado. Si el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

Además, ciertos ingresos, recursos y propiedades de los Indios Americanos y de los Nativos de Alaska son exentos de la recuperación del estado de Medicaid. Por favor, consulte el manual de operaciones de Medicaid que se encuentra en www.nevadamedicaid.nv.gov para una explicación detallada de la propiedad extenta de recuperación para estos grupos.

El idioma anterior se refiere a los beneficios que se pagan correctamente a los beneficiarios elegibles de Medicaid. Cuando los beneficios son pagados a personas que no son elegibles de otra manera, esos beneficios se consideran como pagados incorrectamente. Medicaid puede recuperar beneficios pagados incorrectamente inmediatamente después del descubrimiento y sin las restricciones que se aplican a los beneficios correctamente pagados.

La recuperación de Medicaid puede ser renunciada, comprometida o retrasada si esto causaría una dificultad indebida para los herederos. Los herederos pueden presentar una exención de dificultad en el momento de la recuperación de Medicaid. La negación de una exención o compromiso de dificultad puede ser apelada a través del sistema legal apropiado. Medicaid proporcionará información de solicitud de extensión de dificultades a los herederos conocidos en el momento de la recuperación.

Por favor comparta este formulario con la familia y los herederos.

Si tiene preguntas o necesita información adicional o aclaración, por favor comuníquese con el programa de recuperación de bienes de Medicaid al (775) 687-8416, correo electrónico: mer@nvha.nv.gov o visite su sitio web en www.nevadamedicaid.nv.gov bajo "Programs."

¹ Ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería se refieren a personas con respecto a las cuales el estado determina, después de audiencia y oportunidad, que el paciente no puede esperar razonablemente ser dado de alta de la institución médica y volver a casa.