

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Helping people. It's who we are and what we do.



Robert H. Thompson
Administrator

☐ MEDICAID



Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

CUESTIONARIO DE REEMBOLSO PARENTAL

RESUMEN

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada requiere la responsabilidad financiera de los padres por los servicios proporcionados a los niños discapacitados. La División solicita un reembolso mensual de los costos de Medicaid de los padres que cumplen con ciertos umbrales económicos. Se tiene en cuenta el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Se da crédito cuando el niño recibe cuidado en el hogar y para el pago de primas de seguro de salud integral privado. Hay una cantidad de deducción familiar y una deducción por manutención de menores pagada.

Este formulario debe ser completado por los padres de un niño discapacitado que recibe servicios de Medicaid a través de la División como residente en un centro médico o como beneficiario de los servicios de cuidado de niños en el hogar. La información se utiliza para determinar la cantidad, si cualquiera, los padres de este niño están obligados a pagar.

El formulario completo debe ser devuelto a la dirección antes mencionada. Preguntas pueden ser dirigidas a undefined al (702) 486-1646; (775) 684-7200; (800) 992-0900 ext 47200.. El no devolver esta solicitud dentro de los quince (15) días desde la fecha en que fue enviada por correo puede resultar en que usted pueda ser evaluado una cantidad de \$1,900 por mes.

Recuerde que usted está certificando la exactitud de sus respuestas. La División verifica las respuestas que usted proporciona en este formulario. Si usted hace una declaración o representación falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para evitar la responsabilidad financiera por los gastos de Medicaid de su hijo, se le cobrará \$1,900 por mes.



INFORMACIÓN DEL HOGAR

1. Dirección de su domicilio:

(Número y calle)

(Apartamento)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

Dirección en donde recibe correo: *(Si es distinta a la dirección de su domicilio, tiene un apartado postal, o si usted vive en una zona rural o difícil de encontrar, proporcione instrucciones.)*

(Número y calle)

(Apartamento)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

(Número de teléfono de casa)

(Teléfono de mensaje)

(Teléfono del trabajo)

2. Enumere todas las personas que viven en su hogar; debe incluirse a si mismo, su cónyuge y todos los hijos.

PRIMER NOMBRE	NOMBRE LEGAL SEGUNDO NOMBRE	APPELLIDO	RELACIÓN CON EL NIÑO DISCAPACITADO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

INGRESOS

3. Usted debe proporcionar prueba de ingresos mediante la presentación de copias de la declaración de impuestos del año pasado, incluyendo todos los anexos. *(Si su actual fuente de ingresos es diferente a la del año pasado, presente prueba de ingresos actuales.)*

RECIBIDO POR	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, EMPRESA O CENTRO DE ADIESTRAMIENTO	FECHA EN QUE COMENZÓ O COMENZARÁ A TRABAJAR	FECHA EN QUE RECIBE O ESPERA RECIBIR SUELDO	PAGO POR HORA	HORAS POR CADA CHEQUE	CADA CUÁNTO LE PAGAN (semanal/ quincenal/ mensual/ bimensual)	SALARIO BRUTO (ANTES DE DEDUCCIONES) POR CHEQUE (semanal/ quincenal/ mensual/ bimensual)	PROPINAS
				\$			\$	\$
				\$			\$	\$
				\$			\$	\$



INFORMACIÓN SOBRE OTROS INGRESOS

4. Usted debe proporcionar prueba de ingresos. (Si usted trabaja por cuenta propia, debe proporcionar copias de sus últimas dos (2) declaraciones de impuestos, con todos los anexos.)

	¿RECIBE?		¿QUIÉN LO RECIBE?	NÚMERO DE RECLAMO (SI LO TIENE)	CANTIDAD (semanal/mensual/bimensual)	
	NO	SÍ				
1) INGRESOS DEL SEGURO SUPLEMENTARIO (SSI)	☐	☐			\$	por
2) INGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	☐	☐			\$	por
3) BENEFICIOS A VETERANOS	☐	☐			\$	por
4) PENSIÓN DE JUBILACIÓN (SERVICO CIVIL, FERROCARIL, MILITAR, EMPLEADO PÚBLICO – PRIVADO O SINDICALIZADO) FUENTE DE INGRESOS:	☐	☐			\$	por
5) PAGOS POR DISCAPACIDAD DE CUALQUIER FUENTE (SIIS, REHAB, OTRO) FUENTE DE INGRESOS:	☐	☐			\$	por
6) BENEFICIOS POR DESEMPLEO	☐	☐			\$	por
7) HUÉSPEDES/INQUILINOS	☐	☐			\$	por
8) PROGRAMA DE AYUDA GENERAL AL INDÍGENA	☐	☐			\$	por
9) ASIGNACIÓN MILITAR	☐	☐			\$	por
10) ANUALIDADES DE SINDICAL	☐	☐			\$	por
11) PAGOS DE INTERESES (ACCIONES, BONOS, FIDEICOMISOS, PETRÓLEO, ARRENDAMIENTOS, ETC.) :	☐	☐			\$	por
12) DINERO DE ALQUILER DE PROPIEDADES, ARRENDAMIENTOS, HIPOTECAS	☐	☐			\$	por
13) DINERO DE PARIENTES U OTRAS PERSONAS NOMBRE:	☐	☐			\$	por
14) BENEFICIOS A HUELGUISTAS	☐	☐			\$	por
DINERO PARA EDUCACIÓN (BEOG/PELL, SEOG, NDSL, USAF, NSIG, VA, PRÉSTAMO DE ESTUDIANTE, ETC.) FUENTE DE INGRESOS :						
15) PERIODO CUBIERTO: DE: A:	☐	☐			\$	por
16) INGRESOS SUBVENCIONES O APOYO SOCIAL (BIENESTAR DEL CONDADO, AFDC O CUIDADO TEMPORAL, ETC.)	☐	☐			\$	por
17) PENSIÓN ALIMENTICIA – PAGADA DIRECTAMENTE RECIBIDA DE:	☐	☐			\$	por
18) CUALQUIER OTRO INGRESO NO MENCIONADO ANTERIORMENTE : TIPO:	☐	☐			\$	por



OBLIGACIONES DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS

5. Complete cada casilla para los pagos de manutención de niños hechos el año pasado utilizando los ingresos del año pasado. (Si su obligación de manutención de menores actual es diferente a la del año pasado, presente comprobantes.)

[illegible]

SEGURO MÉDICO

6. Mi niño discapacitado tiene seguro de hospital/médico/dental/de la escuela y/o seguro contra accidentes (*Incluya los programas de seguro de grupo a través de su empleador o sindicato actual o anterior y las pólizas en poder de un padre ausente o padrastro*).

☐ SÍ ☐ NO

Cantidad de la prima \$ _____ ☐ Mensual ☐ Trimestral

Número de póliza _____ Número de grupo de la póliza _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección de la compañía de seguros _____

La póliza está a nombre de _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de vigencia de la cobertura _____

Enumere otras personas cubiertas por esta póliza:

7. Yo o mi cónyuge somos Veteranos ☐ SÍ ☐ NO

Rama militar	Número de reclamación del VA	Número de serie del VA
--------------	------------------------------	------------------------

8. ¿Alguna otra agencia paga sus costos médicos (SIIS u otra)? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo ¿quién paga? _____

EL OTRO PADRE

9. Tiene el niño discapacitado un padre ausente, fallecido o discapacitado?

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	AUSENTE	DISCAPACITADO	FALLECIDO
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐

Yo/nosotros certificamos que yo/nosotros dimos la información completa y exacta, y yo/nosotros reconocemos que la ocultación deliberada de ingresos o de información referente al hogar puede resultar en cargos criminales.

Yo/nosotros reconocemos que si se hacen declaraciones o representaciones falsas o engañosas o se oculta o se retiene información para evitar la responsabilidad financiera, se nos evaluará un reembolso mensual de \$1,900.

(Todos los padres que viven en el hogar deben firmar.)

Firma del cliente

Nombre con letra de molde

/ /

Fecha

Número de teléfono

Firma del cliente

Nombre con letra de molde

/ /

Fecha

Número de teléfono

