



**OKLAHOMA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**



**Reporte de la Revisión de los Beneficios de Asistencia Médica**

Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma

Número del caso: _____
Fecha: _____
Número de teléfono: _____
Código de la oficina: _____
Supr: _____ Dist: _____

Su trabajador(a) social usa la información que usted reporta en esta forma para ver si su hogar aun puede obtener la ayuda de SoonerCare (Medicaid). Favor de llenar por completo de nuevo, firmar, y regresar esta forma a la oficina indicada arriba del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS). Adjunte páginas adicionales a esta forma si necesita más espacio para responder las preguntas. Regrese esta forma para el \_\_\_\_\_ o sus beneficios terminarán el \_\_\_\_\_.

Si usted necesita ayuda para llenar esta forma, llame a la oficina del OKDHS.

**1. Díganos dónde vive.**

Calle o Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil	
Dirección del correo electrónico		Teléfono de mensajes	

Si su domicilio es diferente a su dirección de correo, por favor de direcciones a su hogar: \_\_\_\_\_

**2. Díganos sobre todas las personas en su hogar.**

Favor de llenar por completo la información de abajo por todas las personas en su hogar. Si usted desea obtener beneficios para él o ella, usted debe de llenar las

cajillas sobre la ciudadanía de E.E.U.U. y proporcionar los números del Seguro Social. Su trabajador(a) social se pondrá en contacto con usted si usted ha indicado a un nuevo miembro en su hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento	Ciudadano/a de E.E.U.U.	Número del Seguro Social
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

### 3. Díganos sobre los ingresos de su hogar.

Los ingresos es todo el dinero que usted y todas las persona que viven con usted reciben cada mes. Los tipos de ingresos incluyen el dinero ganado por trabajar para alguien más, trabajando para usted mismo/a, y cualquier otro ingreso no ganado. Algunos tipos de ingresos no ganados son:

- Pensión alimenticia
- Sustento Económico para los Niños Menores
- contribuciones
- dividendos
- juegos o ganancias de lotería
- asignación de vivienda
- intereses
- asignación militar
- ingresos de derechos minerales
- ingresos de arrendamiento de petróleo y gas
- pensión
- prestamos personales
- Ingresos de alquiler
- Seguro Social
- Ingresos del Seguro Suplementales (SSI)
- Pago a los ancianos, ciegos, o incapacitado (ABD)
- Ingresos de estudiante
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- Tribal TANF
- Beneficios de desempleo
- Subsidio para los servicios públicos
- Beneficios de los Asuntos Veteranos (VA)
- Indemnización de los Trabajadores

**Si alguien tiene ingresos, llene por completo la información de abajo.**

Tipo de ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Que tan seguido lo recibe?
Nombre de la persona recibiendo los ingresos		Si está trabajando, nombre del empleador
Número telefónico del empleador	Dirección del empleador	
Si trabaja para si mismo/a, los ingresos brutos del año pasado		
Tipo de ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Que tan seguido lo recibe?
Nombre de la persona recibiendo los ingresos		Si está trabajando, nombre del empleador
Número telefónico del empleador	Dirección del empleador	
Si trabaja para si mismo/a, los ingresos brutos del año pasado		
Tipo de ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Que tan seguido lo recibe?
Nombre de la persona recibiendo los ingresos		Si está trabajando, nombre del empleador
Número telefónico del empleador	Dirección del empleador	
Si trabaja para si mismo/a, los ingresos brutos del año pasado		

#### 4. Díganos sobre sus gastos del cuidado infantil.

Si usted no tiene gastos del cuidado infantil, marque esta cajilla.

¿Cuánto paga cada mes para el cuidado infantil? \$ \_\_\_\_\_

¿Para quién paga el cuidado infantil? \_\_\_\_\_

¿Su proveedor del cuidado infantil tiene licencia en Oklahoma? Sí  No

#### 5. Díganos sobre su seguro médico.

Si ninguna persona en su hogar tiene seguro médico aparte de SoonerCare (Medicaid), marque esta cajilla.

A. Díganos sobre el seguro médico de todas las personas en su hogar. Tipos de seguro de Medicare, visión, dental, u otro seguro médico. No incluya SoonerCare (Medicaid). Si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales.

Nombre de la compañía	Tipo de seguro	Fecha de comienzo de la póliza	
Domicilio de la compañía de seguro	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la persona con la póliza	Número de la póliza	Cantidad de la prima	
Nombres de las personas aseguradas		Parentesco con la persona de la póliza	
Nombre de la compañía	Tipo de seguro	Fecha de comienzo de la póliza	
Domicilio de la compañía de seguro	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la persona con la póliza	Número de la póliza	Cantidad de la prima	
Nombres de las personas aseguradas		Parentesco con la persona de la póliza	

#### B. Revisión de la salud y dental

Las personas menores de 21 años de edad quienes tienen SoonerCare (Medicaid) pueden recibir exámenes de revisión de la salud y dental y tratamiento bajo el Programa de Revisiones Tempranas y Periódicas, Diagnóstico y Tratamiento (**EPSDT**). Si usted quiere EPSDT, llame a su proveedor médico para programar una cita. Por favor marque no si usted **NO** quiere los servicios del EPSDT. No

### 6. Díganos sobre sus recursos.

Un recurso es cualquier cosa que le pertenezca a una persona, que le pertenezca a una persona junto con otra persona, o está comprando y puede ser vendido, cambiado, o intercambiado por dinero en efectivo. No reporten la propiedad personal, tal como las joyas, los muebles del hogar o ropa.

Si nadie en su hogar tiene algún recurso, marque esta cajilla.

#### A. Marque las cajillas para los recursos que usted tiene:

Cuentas de cheques  Cuentas de ahorros  Bienes/Acciones   
 Cuentas individuales de jubilación (IRAs)  Derechos minerales  Depósitos de dinero   
 Seguro de vida/póliza fúnebre  Bienes raíces  Ganado   
 Propiedad, otra que no sea el hogar  Otro: \_\_\_\_\_

B. Reporte todos los vehículos. Haga una lista de todos los carros, camionetas, botes, furgoneta, caravana, motocicletas, u otros vehículos pertenecientes a los miembros del hogar.

Marca	Modelo	Año	Balance de préstamo

- C. ¿Usted ha recibido, vendido, otorgado, o regalado cualquier cosa de valor en la lista de la Parte A arriba en el último año? Sí  No
- Si la respuesta es sí, describa:

## 7. Comprobantes requeridos.

Usted DEBE entregarnos un comprobante de todos los ingresos y los recursos.

Si alguien:	usted tiene que adjuntar:
está trabajando	<ul style="list-style-type: none"> <li>talón de pago de todos los cheques que cualquier persona recibió en el mes de _____; o</li> <li>declaraciones de los empleadores demostrando las fechas de pago y ganancias antes de los impuestos por el mes de _____</li> </ul>
trabaja por si mismo/a	<ul style="list-style-type: none"> <li>declaración de impuestos federales por el año pasado; o</li> <li>archivos de los ingresos y gastos si no ha hecho la declaración.</li> </ul>
recibe ingresos no ganados	<ul style="list-style-type: none"> <li>una carta de concesión;</li> <li>una carta de parte de la persona o agencia que proporciona los ingresos;</li> <li>un talón de cheque o copia de cheque; o</li> <li>una orden tribunal.</li> </ul>
paga por el cuidado infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>comprobante de los pagos del cuidado infantil, tal como los recibos del proveedor del cuidado infantil.</li> </ul>
tiene recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>declaraciones de las cuentas de cheques y de ahorros u otra declaración financiera para el mes de _____;</li> <li>copia de la póliza del seguro médico, si no se nos ha entregado en el pasado;</li> <li>copia de la póliza fúnebre si no se nos ha entregado en el pasado; o</li> <li>copia de las escrituras y títulos de propiedad, si no se nos ha entregado en el pasado.</li> </ul>

tiene botes, vehículos, caravanas, Vehículos de Recreación	<ul style="list-style-type: none"><li>• comprobantes de las cantidades que se deben en los préstamos.</li></ul>
tiene seguro médico, aparte de SoonerCare (Medicaid)	<ul style="list-style-type: none"><li>• copia de la tarjeta de seguro si no se nos ha entregado en el pasado.</li></ul>

**Favor de leer y firmar la siguiente página de esta forma**

## 8. Favor de leer y firmar abajo.

Yo entiendo que la falta de completar y regresar esta forma con los comprobantes adjuntos puede resultar en la suspensión de los beneficios. Yo estoy de acuerdo en proporcionar los comprobantes necesarios para establecer la elegibilidad continua.

Mis respuestas en esta forma son verídicas, correctas, y completas según mi conocimiento. Yo entiendo que mis derechos y responsabilidades y los avisos sobre las penas de mi última solicitud se aplican a esta revisión.

Yo autorizo que se de a conocer cualquier información, documentos, o formas necesarias al OKDHS de parte de individuos, negocios, escuelas, instituciones de bancos, organizaciones privadas y públicas, agencias del estado de Oklahoma, inclusive las declaraciones de impuestos personales y/o de los negocios por parte de la Comisión de Impuestos de Oklahoma, o las agencias federales para determinar la elegibilidad para la asistencia.

---

Firma del cliente, tutor(a) legal, conservador(a), o representante autorizado/a	Fecha
---	-------

Use cuando el/la cliente no puede leer o escribir o firma con una marca:

---

Firma del testigo	Fecha
-------------------	-------

### **RECUERDE, para que continúen sus beneficios, usted debe:**

- responder todas las preguntas;
- adjuntar todos los comprobantes requeridos;
- adjuntar páginas adicionales que usted uso para responder a las preguntas; y
- firmar la forma y regresarla a la oficina local del OKDHS para el \_\_\_\_\_ o sus beneficios terminarán el \_\_\_\_\_.