



**OKLAHOMA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**



**Forma del Presupuesto para la Presunta Elegibilidad (PE)**

Favor de leer las instrucciones en las páginas 3 y 4 antes de completar el formulario.

Nombre de la solicitante	Número del Seguro Social
Oficina procesional (HSC) del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS)	

**Sección I. Preguntas preliminares de investigación.**

¿Está recibiendo SoonerCare (Medicaid)? Sí  No

Si contestó sí, proporcione su número de identificación de cliente: \_\_\_\_\_

Si la solicitante contesta sí, no se necesita ninguna otra medida. (No necesita rellenar este formulario.)

**Sección II. Cálculo de la presunta elegibilidad (PE).**

Tamaño de la familia	2	3	4	5	6	7	8	9 o más
Estándar de ingresos (mensual)	\$2,247	\$2,823	\$3,400	\$3,976	\$4,553	\$5,130	\$5,706	Cuando hay más de 8 personas agregue \$577 por mes por cada una

1. Señale el total de los ingresos mensuales, antes de las deducciones. \$ \_\_\_\_\_
2. Señale el total de los gastos relacionados con el trabajo. \$ \_\_\_\_\_
3. La Línea 1 menos la Línea 2. \$ \_\_\_\_\_
4. Señale los gastos mensuales de la solicitante para el cuidado del dependiente. \$ \_\_\_\_\_
5. Total de los ingresos después de las deducciones (La Línea 3 menos la Línea 4). \$ \_\_\_\_\_
6. Total de los ingresos mensuales no derivados del trabajo. \$ \_\_\_\_\_
7. Total de los ingresos del hogar después de las deducciones (La Línea 5 más la Línea 6). \$ \_\_\_\_\_
8. Tamaño de la familia, incluyendo \_\_\_\_\_ niños que no han nacido. \_\_\_\_\_
9. Basado en la Línea 8, señale el estándar de ingresos de la tabla de arriba. \$ \_\_\_\_\_

10. ¿La Línea 7 es igual a, o menos que, la Línea 9? Sí  No

Si contestó sí, la solicitante satisface los requisitos de los ingresos de la Presunta Elegibilidad. Sin tener en cuenta la presunta elegibilidad, se envía la Forma SC-1-SV, Solicitud para los Beneficios de la Salud de SoonerCare (OHCA), a la oficina HSC del OKDHS en el condado que elija la paciente. La paciente también es recomendada a esa oficina.

### Sección III. Certificación.

Yo declaro que la paciente nombrada arriba tiene un embarazo **médicamente** comprobado y basado en esta información preeliminaría del presupuesto, satisface los requisitos de la Presunta Elegibilidad.

Su fecha anticipada del parto es \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha de la determinación de la PE

Nombre del proveedor calificado	
Número de teléfono del proveedor calificado	Número del proveedor

Propósito de este formulario

El uso del formulario 08MA003S se limita a los proveedores calificados para investigar los antecedentes de las mujeres embarazadas para la presunta elegibilidad posible. Se usa para calcular el total de los ingresos después de las deducciones de la familia, certificar el embarazo médicamente comprobado y establecer la presunta elegibilidad.

Instrucciones

**Nombre de la solicitante, número del Seguro Social, oficina procesional del condado (HSC) del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS).** Las instrucciones son muy claras.

**Sección I. Preguntas preliminares de investigación.** Señale la respuesta apropiada.

**Sección II. Calculo de la Presunta Elegibilidad (PE).** Los ingresos y los gastos usados en esta sección **deben** ser para el mismo mes de la fecha de la determinación de la presunta elegibilidad en la Sección III. Los ingresos y los gastos usados en las siguientes preguntas corresponden a los de la familia. Se entiende por familia: la solicitante, su esposo, niño(s) menor(es) bajo su cuidado y los niños que no han nacido. El padre/la madre/ambos es/son incluido(s) si la solicitante es menor de 18 años de edad y vive con su(s) madre/padre(s).

1. **Ingresos del trabajo:** Escriba el total de los ingresos mensuales derivados del trabajo antes de las deducciones de la familia. Si la solicitante es menor de 18 años y vive con padre/madre/ambos, se incluyen los ingresos del padre/la madre/ los padres. Si no existen ningunos ingresos, escriba 0.
2. **Gastos relacionados con el trabajo:** Considere \$240 por cada persona en la familia que esté empleada y que sus ingresos antes de las deducciones son iguales a o más de \$240 por mes. Si los ingresos antes de las deducciones de un individuo son menos de \$240 por mes, considere esa cantidad para ese individuo. Escriba todos los gastos relacionados con el trabajo de la familia. Si no existen ningunos, escriba 0.
3. La cantidad determinada restando la Línea 2 de la Línea 1. Si no existe ninguna, escriba 0.
4. **Gastos para el cuidado de la(s) persona(s) bajo su cuidado:** El pago por el cuidado de la(s) persona(s) bajo su cuidado es permitido si es necesario que un miembro de la familia esté trabajando. El gasto permitido por el cuidado de la(s) persona(s) bajo su cuidado se limita a la cantidad actual pagada por la familia, y no debe exceder \$200 por mes por cada persona bajo su cuidado que sea menor de 2 años y \$175 por mes por las personas de 2 años y mayor. Si no existe ninguno, escriba 0.
5. **Total de los ingresos después de las deducciones:** La cantidad determinada restando la Línea 4 de la Línea 3. Si no existe ninguna, escriba 0.

6. **Ingresos no derivados del trabajo:** Escriba todos los ingresos mensuales de la familia no derivados del trabajo, incluyendo las contribuciones por parte del padre del niño(a) que no ha nacido. Si no existen ningunos, escriba 0.
7. **Total de los ingresos del hogar después de las deducciones:** Cantidad determinada agregando la línea 5 a la línea 5. Si no existen ningunas, escriba 0.
8. **Tamaño de la familia:** Escriba el número de niños que no han nacido y que se esperan de este embarazo. El tamaño de la familia total es determinado incluyendo a la solicitante, el esposo, niño(s) menor(es) bajo su cuidado y los niños que no han nacido. El padre/la madre/ambos es/son incluido(s) si la solicitante es menor de 18 años de edad y vive con su/sus padre/madre/padres.
9. **Estándar de ingresos:** Escriba el estándar de ingresos de la tabla, usando el tamaño de la familia de la Línea 8.
10. Llene por completo para determinar la aprobación o la negación de la presunta elegibilidad.

**Sección III. Certificación.** Llene por completo esta sección si la respuesta a la Pregunta 10 es sí.

Se escribe la firma autorizada y la fecha de la determinación de la presunta elegibilidad (PE) por la persona que esté llenando por completo la determinación de la presunta elegibilidad. El nombre del proveedor calificado es el nombre del centro donde se hace la determinación de la presunta elegibilidad.

Envío del formulario

Se adjunta la copia original a la copia original de la solicitud y se envía a la oficina del OKDHS que elija la solicitante. Los formularios deben recibirse en la oficina del OKDHS dentro de cinco días laborales después de la fecha de la determinación de la presunta elegibilidad.