

WISCONSIN MEDICAID SUPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE FOODSHARE WISCONSIN WISCONSIN MEDICAID SUPPLEMENT TO THE FOODSHARE WISCONSIN APPLICATION

Proveer o solicitar un Número de Seguro Social es voluntario (SSN), como sea, cualquier persona que quiera beneficios de Wisconsin Medicaid o FoodShare pero no provee un Número de Seguro Social o solicita uno, no es elegible para los beneficios. Los Números de Seguro Social e información personalmente identificable serán usados solo por la administración directa de Medicaid y FoodShare Wisconsin.

Este formulario es usado como un suplemento de la solicitud FoodShare Wisconsin. Llene este formulario solo si usted esta solicitando FoodShare Wisconsin y Medicaid. Si necesita espacio adicional, use una hoja de papel adicional. Enliste el solicitante como "1" y, si esta casado, el cónyuge del solicitante como "2". (Cuando termine el resto de la solicitud, continúe usando el mismo formato con información del solicitante como "1" y, si esta casado, la información del cónyuge del solicitante como "2".) Escriba todas las fechas en formato: MM/DD/YY (Ejemplo 04/02/58).

SECCION I – INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante (Apellidos, I Nombre, Inicial II nombre)	Dirección del Solicitante (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)
---	--

SECCION II – INFORMACION DEL VEHICULO

Escriba todos los vehículos que el solicitante(s) posee. Incluya vehículos que posee en conjunto con otra persona.

	Tipo de Vehiculo	Año, Marca y Modelo del Vehiculo	Nombre del propietario(s)	Cantidad que debe (Si no debe nada, escriba "0".)	¿Es este vehiculo utilizado para ir a citas medicas?	¿Es este vehiculo utilizado para ir al trabajo, entrenamiento, escuela o trabajo agrícola?
1				\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2				\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

SECTION III – INFORMACION DE SEGURO MEDICO

¿Tiene usted y/o su conyugue cobertura de seguro medico (otro que Medicaid)? Si No si "Si", provea la siguiente información.

	Fecha de Inicio de la cobertura	Cantidad de la Prima del Seguro	¿Cada cuanto paga la prima?	¿Quién paga la prima?	Nombre del titular de la póliza de seguro	¿Quién tiene cobertura?	Nombre de la Aseguradora y Dirección	Numero de la Póliza
1		\$						
2		\$						

¿Esta usted y/o su conyugue cubierto por el Plan del Wisconsin Health Insurance Risk Sharing? Si No
Si "Si", ¿quien esta cubierto?

¿Ha usted o / y su conyugue contraído facturas medicas como resultado de un accidente o usted tiene ya sea un reclamo por accidente o un arreglo pendiente? Si No si "Si", marque abajo si usted y/o su conyugue ha contraído facturas o tiene un reclamo por accidente o un arreglo pendiente.

1 <input type="checkbox"/> Facturas Contraídas <input type="checkbox"/> Reclamo o Arreglo Pendiente	2 <input type="checkbox"/> Facturas Contraídas <input type="checkbox"/> Reclamo o Arreglo Pendiente
--	--

¿Esta usted y / o su conyugue recibiendo Medicare Parte A o B? Si No Si "Si", Escriba el Numero de la Tarjeta de Medicare (numero de reclamo) abajo.

1	2
----------	----------

Si es elegible, ¿Le gustaría a usted y / o su conyugue que el State of Wisconsin pague su prima de Medicare Parte B? Si No

SECTION IV – TRANSFERENCIA DE RECURSOS

¿Ha usted vendido o regalado recursos o activos en los últimos tres años? Si No Si "Si", liste abajo el tipo de recurso o activo, valor y la fecha cuando fue vendido o regalado.

1	Tipo de Recurso o Activo	Fecha de Venta o de Regalo	Cantidad \$	Tipo de Recurso o Activo	Fecha de Venta o de Regalo	Cantidad \$
2			\$			\$

¿Ha usted y / o su conyugue establecido o fundado un fondo de inversiones en los últimos cinco años? Si No Si "Si", provea la siguiente información.

1	Tipo de fondo de Inversión	Fecha cuando el Fondo de Inversión fue Fundado	Tipo de fondo de Inversión	Fecha cuando el Fondo de Inversión fue Fundado
2				

¿Esta usted y / o su conyugue en un asilo, instituto para enfermedades mentales (IMD) o un hospital? Si No Si "Si", provea la siguiente información.

	Nombre de la persona en el Asilo, IMD u Hospital	Nombre del Asilo, IMD u Hospital	Fecha de Admisión en cada Asilo, IMD u Hospital
1			
2			

Por favor lea los Derechos y Responsabilidades de arriba antes de firmar.

Entiendo las preguntas y declaraciones en esta solicitud. Entiendo las penalidades por dar información falsa o por romper las reglas. Yo certifico, bajo pena de perjurio y falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y completas de acuerdo a mi mejor conocimiento, incluyendo información proveída acerca de ciudadanía o el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios. Entiendo y estoy de acuerdo en proveer documentos que prueben lo que he dicho. Entiendo que la agencia puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y el nivel de beneficios. (La firma del solicitante debe ser testificada por dos personas si es firmada con una "x".)

FIRMA – Solicitante / Representante / Tutor / Carta Poder / Conservador	Fecha de la Firma
FIRMA – Conyugue / Representante / Tutor / Carta Poder / Conservador	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo (Necesario si la Solicitud es Firmada con una "X" arriba)	Fecha de la Firma
FIRMA – Testigo (Necesario si la Solicitud es Firmada con una "X" arriba)	Fecha de la Firma