

**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Medicaid Services

F-02733S (06/2023)

## SOLICITUD DE FIRMA DEL CÓNYUGE EN LA COMUNIDAD

### REQUEST FOR COMMUNITY SPOUSE SIGNATURE

**INSTRUCCIONES:** Si usted reside o planea residir en una institución médica (como un hogar de ancianos) por 30 días o más, o si necesita un nivel de atención en un hogar de ancianos que se pueda proporcionar en su casa, puede solicitar el Medicaid de atención a largo plazo. Los programas de Medicaid de atención a largo plazo incluyen: Institutional Medicaid, Family Care, Family Care Partnership, Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), e Include, Respect, I Self-Direct (IRIS).

Si solicita el Medicaid de atención a largo plazo y está casado, su cónyuge es conocido como cónyuge en la comunidad. Tanto usted como su cónyuge deben firmar su solicitud de Medicaid de atención a largo plazo o su solicitud será denegada. Si su cónyuge no firmó su solicitud, puede usar este formulario para enviar la firma de su cónyuge y completar su solicitud. Su cónyuge también puede llamar a la agencia local de mantenimiento de ingresos de su condado o tribu para proporcionar la firma por teléfono. La información de contacto de su agencia se encuentra en el sitio web del Department of Health Services de Wisconsin en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

#### Cómo enviar este formulario

Envíe su formulario completo de una de las siguientes maneras **dentro de los 10 días siguientes a la recepción de este formulario:**

- **Aplicación móvil.** Utilice la aplicación móvil MyACCESS para tomar una foto de todas las páginas del formulario y enviarlas.
- **En línea.** Puede utilizar el sitio web de ACCESS para enviar una copia electrónica de este formulario en línea. Visite [access.wi.gov](http://access.wi.gov).
- **Por fax.**
  - Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario por fax al 888-409-1979.
  - Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario por fax al 855-293-1822.
- **Por correo.**
  - Si vive en el **condado de Milwaukee**, envíe el formulario a:  
MDPU  
6055 N. 64th St.  
Milwaukee, WI 53218
  - Si **no** vive en el condado de Milwaukee, envíe el formulario a:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547
- **En persona.** Lleve el formulario a su agencia. La información de contacto de su agencia se encuentra en el sitio web del Department of Health Services de Wisconsin en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm).

### SECCIÓN 1

### Información del solicitante



Nombre - Persona que presenta la solicitud (Apellido, nombre, inicial)

Número de teléfono

Número de caso (si se conoce)

Fecha de nacimiento

Nombre - Cónyuge en la comunidad (Apellido, nombre, inicial)

Dirección postal

Número de teléfono

Ciudad

Estado

Código postal

**Nota:** Continúe en la siguiente página para completar la Sección 2 de este formulario.

**SECCIÓN 2**

**Firma del cónyuge**



Al firmar este formulario, certifico que entiendo y reconozco las siguientes declaraciones:

- La agencia local del condado o tribu y el Department of Health de Wisconsin están autorizados a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la correcta administración del programa.
- Puede que tenga que dar pruebas de mis respuestas. Además, al firmar esta solicitud estoy autorizando a cualquier otra persona u organización, incluidas las instituciones financieras o educativas, a proporcionar a la agencia información o pruebas necesarias para determinar si puedo obtener beneficios y el nivel de dichos beneficios.
- Este condado local o agencia tribal no puede discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o creencias religiosas o políticas.
- Si tengo una discapacidad, puedo solicitar información sobre mis beneficios en un formato alternativo.
- Cedo y renuncio a los derechos de cualquier pago de un tercero responsable al Department of Health Services de Wisconsin hasta la cantidad de pago que se hizo por mi atención médica. Estos pagos pueden incluir pagos de pólizas de seguro médico y hospitalario o pagos recibidos como liquidación de un accidente.
- Hay penalidades por dar información falsa o romper las reglas. Tendré que devolver cualquier beneficio que se emita de forma incorrecta por no informar de los cambios o por no proporcionar información completa y correcta.



**FIRMA** – Cónyuge en la comunidad

Fecha de la firma

Nombre en letra de molde



**FIRMA** – Representante / Tutor / Poder notarial / Curador\*

Fecha de la firma

Nombre en letra de molde

\*Si firma como un poder notarial o tutor legal en nombre del cónyuge en la comunidad, incluya la documentación de respaldo al enviar este documento.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.