DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-10112S (04/2024)

MADA

MEDICAID – SOLICITUD DE DISCAPACIDAD
MEDICAID – DISABILITY APPLICATION

Instrucciones: Usted tiene que devolver las ocho páginas de este formulario de solicitud. Este formulario lo deben completar las personas que requieren de una determinación de discapacidad en el proceso de solicitud de Medicaid. Este formulario lo debe completar el solicitante o su representante. Si está completando esta solicitud en nombre de otra persona, llene el formulario Designar, Cambiar o Eximir de su Obligación a Un Representante Autorizado (F-10126S), o incluya la documentación legal que le autoriza como tutor nombrado o con poder notarial para las finanzas de esta persona. La información proporcionada en esta solicitud deberá ser sobre el solicitante y no el representante. Usted deberá completar e incluir una copia firmada del formulario Autorización Para Divulgar Información A La Disability Determination Bureau (DDB) (F-14014S).

Envíe esta solicitud ya completa, el formulario Autorización Para Divulgar Información A La Disability Determination Bureau (DDB) (F-14014S) y, si corresponde, el formulario Designar, Cambiar o Eximir de su Obligación a Un Representante Autorizado (F-10126S) a la agencia local de su condado/tribu. Para obtener estos formularios, comuníquese con la agencia local de su condado/tribu o vaya al sitio web del *Medicaid* de Wisconsin en dhs.wi.gov/em/customerhelp. No use este formulario para casos de reconsideración/audiencias imparciales o re-determinación.

La información de identificación personal sólo se usará para la administración directa del programa *Medicaid*.

El proporcionar o solicitar un Número de Seguridad Social (SSN) es voluntario. Sin embargo, cualquier persona que quiera recibir Medicaid de Wisconsin pero no quiera proporcionar su SSN o solicitar uno no será elegible para recibir beneficios, de acuerdo con el Wis. Stats. § 49.82(2). La información del SSN sólo se utilizará para la administración del Medicaid Program de Wisconsin. El SSN del solicitante permite una verificación computarizada sobre la información del solicitante con agencias tales como el Internal Revenue Service (IRS), Security Administration (SSA) y el Department of Workforce Development. Además, el Departamento comparará el nombre del solicitante y el SSN con la información proporcionada por compañías de seguro médico para determinar si el solicitante tiene otro seguro médico. El SSN del solicitante no será compartido con el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).

SECCIÓN I – INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		Condado de residencia		
Número de teléfono (incluya el código de área)	Si está casado, nombre de esposo(a) (apellido, nombre, inicial)	Medicaid Application Date (agency must write in this date)		

Escriba el nombre de un amigo o pariente que podamos contactar (otro a parte de sus médicos) que esté al tanto de sus enfermedades, lesiones, o condiciones y que le pueda ayudar con su reclamo.

Nombre (apellido, nombre, inicial)	Parentesco con solicitante
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono durante el día (incluya el código de área)

MADA

SECCIÓN II – INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD

1. ¿Cuál es su discapacidad?

2. ¿Cuál es la fecha en que su discapacidad le impidió trabajar por primera vez? (mm/dd/yyyy)

3. ¿Cómo afecta su discapacidad la habilidad de realizar actividades normales de la vida diaria?

4. ¿Ha solicitado usted los beneficios de Social Security Disability (SSD) o Supplemental Security Income (SSI)?

   ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", ¿Cuál es la fecha en que fue presentada la solicitud más reciente?

¿En cuál oficina de Social Security (calle, ciudad, estado, código postal) se presentó la solicitud más reciente?

Fue ese reclamo: ☐ Permitido ☐ Denegado ☐ Todavía está pendiente

SECCIÓN III – INFORMACIÓN SOBRE EXPEDIENTE MÉDICO

5a. Indique nombre, dirección y número de teléfono del médico y clínica que tienen el expediente médico más reciente con relación a su discapacidad. (Si necesita más espacio, indique la información adicional sobre el médico y la clínica en 5b.)

Nombre del médico (apellido, nombre)	Número de teléfono de la compañía (incluya código de área)
Dirección de la compañía (calle, ciudad, estado, código postal)	
Nombre de la clínica	¿Con qué frecuencia vio usted a este médico?
Fecha en que el solicitante vio a este médico por primera vez (mm/dd/yyyy)	Fecha en que el solicitante vió a este médico por última vez (mm/dd/yyyy)
Razón de la visita(s)	
Tipo de tratamiento, cirugía o medicamento(s) recibido.	

5b. ¿Lo ha visto otro médico o clínica en los últimos dos años?
☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", indique nombre, dirección y números de teléfono de cualquier otro médico y clínica que usted haya visitado durante los últimos dos años debido a su condición de discapacidad. (Si necesita más espacio, vaya a la Sección Información Adicional en la página 7 o puede utilizar una hoja de papel adicional.)

Nombre del médico (apellido, nombre)	Número de teléfono de la compañía (incluya código de área)

MADA

Dirección de la compañía (calle, ciudad, estado, código postal)	
Nombre de la clínica	¿Con qué frecuencia vio usted a este médico?
Fecha en que el solicitante vio a este médico por primera vez (mm/dd/yyyy)	Fecha en que el solicitante vió a este médico por última vez (mm/dd/yyyy)
Razón de la visita(s)	
Tipo de tratamiento, cirugía o medicamento(s) recibido.	

Nombre del médico (apellido, nombre)	Número de teléfono de la compañía (incluya código de área)
Dirección de la compañía (calle, ciudad, estado, código postal)	
Nombre de la clínica	¿Con qué frecuencia vio usted a este médico?
Fecha en que el solicitante vio a este médico por primera vez (mm/dd/yyyy)	Fecha en que el solicitante vió a este médico por última vez (mm/dd/yyyy)
Razón de la visita(s)	
Tipo de tratamiento, cirugía o medicamento(s) recibido.	

6a. ¿Ha sido usted atendido en un hospital por esta discapacidad en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No

If yes, list details of the most recent hospitalization below.

Nombre del hospital	Número de paciente	
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)		
¿Fue usted hospitalizado (permaneció al menos una noche)? ☐ Sí ☐ No	Fecha de admisión (mm/dd/yyyy)	Fecha dado de alta (mm/dd/yyyy)
¿Fue usted un paciente externo? ☐ Sí ☐ No	Fechas de visitas como paciente externo (mm/dd/yyyy)	
Razón de las visitas de hospitalización		

Tipo de tratamiento o medicamentos recibidos (tales como cirugía, quimioterapia, radiación).

6b. ¿Ha estado usted en algún otro hospital por discapacidad en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", indique en qué hospital en el espacio a continuación. (Si necesita más espacio, vaya a la Sección Información Adicional o puede utilizar una hoja de papel adicional.)

Nombre del hospital	Número del paciente

Dirección (calle, ciudad, estado, código)

¿Fue usted hospitalizado (permaneció al menos una noche)? ☐ Sí ☐ No	Fecha de admisión (mm/dd/yyyy)	Fecha dado de alta (mm/dd/yyyy)
¿Fue usted un paciente externo? ☐ Sí ☐ No	Fechas de visitas como paciente externo (mm/dd/yyyy)	

Razón de la visita(s)

Tipo de tratamiento, cirugía o medicamento(s) recibido.

7. ¿Le han hecho a usted algunos de los siguientes exámenes durante este último año?

Exámenes		**Fecha en que se realizó el examen**	**Lugar donde se realizó el examen**
Electrocardiograma (EKG) o *Treadmill* (ejercicio)	☐ Sí ☐ No		
Ecocardiograma o Cauterización Cardíaca	☐ Sí ☐ No		
MRI/rayos-X/CT Scan Parte del cuerpo:	☐ Sí ☐ No		
Exámenes de Respiración	☐ Sí ☐ No		
Examen de Sangre	☐ Sí ☐ No		
Otros Exámenes Especifique:	☐ Sí ☐ No		

8. ¿Ha sido usted visto por otras agencias debido a su condición de discapacidad? (Por ejemplo: Veterans Administration, Workers' Compensation, Vocational Rehabilitation, Social Service Agencies, Probation o Parole, etc.)

☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", provea la siguiente información.

Nombre de la agencia	Número de reclamo

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Fechas de las visitas (mm/dd/yyyy)

Tipo de tratamiento, examen, medicamento o servicios recibidos.

9a. Información sobre sus actividades

¿Le ha dicho su médico que reduzca o limite sus actividades en algún modo? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", indique a continuación el nombre del médico y las instrucciones del mismo para reducir o limitar sus actividades.

9b. Describa sus actividades diarias en las siguientes áreas e indique qué, cuánta, y con qué frecuencia realiza cada actividad.

Cuidado del hogar (incluya cocinar, limpiar, hacer compras y otros trabajos alrededor de la casa así como también actividades similares)

Actividades recreacionales y pasatiempos (cazar, pescar, jugar boliche, ir de excursión, acitividades musicales, etc.)

Contactos sociales (visita a sus amigos, familiares, vecinos)

Otra (maneja un carro o motocicleta, toma el autobus, etc.)

SECCIÓN IV – INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN

10. Información sobre educación

¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted completó?	¿Asistió usted a clases de educación especial? ☐ Sí ☐ No	¿Ha asistido usted a una escuela de intercambio/vocacional o recibido cualquier otro entrenamiento? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de escuela de intercambio/vocacional o entrenamiento?

Fechas aproximadas durante las que usted asistió (mm/dd/yyyy)

SECCIÓN V – HISTORIAL DE TRABAJO

11. Historial de trabajo

¿Está usted actualmente trabajando? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", complete lo siguiente.

Nombre de la compañía

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha en que comenzó (mm/dd/yyyy)	Cantidad de horas por semana	Pago (por hora)

MADA

12a. Indique todos los trabajos que usted ha tenido dentro de los últimos 15 años empezando con el trabajo actual o el trabajo más reciente.

Título del trabajo	Nombre de la compañía/Tipo de negocio	Fechas de trabajo		Horas por semana	Sueldo
		Desde	Hasta		

12b. Complete las secciones 12b hasta 12g usando la información del trabajo que usted conservó por más tiempo en los últimos 15 años:

¿Usó máquinas, herramientas o aparatos de algún tipo? ☐ Sí ☐ No	¿Dió uso de sus conocimientos técnicos o habilidades? ☐ Sí ☐ No
¿Escribió, completó informes, o realizó funciones similares? ☐ Sí ☐ No	¿Ha tenido responsabilidades de supervisión? ☐ Sí ☐ No

12c. ¿Cuáles eran las funciones del trabajo?

12d. ¿Cuántas horas en total cada día usted:

Actividad	Horas	Actividad	Horas
Caminaba		Se arrodillaba (doblar las piernas y descansarlas sobre sus rodillas)	
Estaba de pie		Se agachaba (doblar las piernas y bajarse*) (bend legs and back down and forward)*	
Estaba sentado(a)		Gateaba (andar sobre las manos y rodillas)	
Escalaba		Manejaba, agarraba, o alcanzaba objetos grandes	
Se doblaba (doblarse hacia abajo y hacia adelante de la cintura para abajo)		Escribía, escribía a maquinas o manejaba objetos pequeños	

12e. Levantar y cargar (explique qué usted levantaba en este trabajo, que tan lejos lo cargaba y con que frecuencia lo levantaba)

12f. Marque el mayor peso que usted haya levantado en este trabajo.

☐ Menos de 10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ 100 lbs. o más
☐ Otro (indique la cantidad aquí): _____

12g. Marque el peso que usted levantaba con más frecuencia en este trabajo (cuando decimos con más frecuencia nos referimos de1/3 a 2/3 del día de trabajo).

☐ Menos de10 lbs. ☐ 10 lbs. ☐ 25 lbs. ☐ 50 lbs. o más
☐ Otra (indique la cantidad aquí) _____

SECCIÓN VI – INFORMACIÓN ADICIONAL

Use esta sección como espacio adicional para responder a cualquiera de las preguntas hechas anteriormente o para proveer cualquier información adicional que usted cree podría ser útil en la decisión que se tome de su reclamo por discapacidad (como información sobre otras enfermedades o lesiones no mostradas, información sobre médicos que haya visto o lugares o fechas de hospitalizaciones). Cuando responda, indique los árticulos anteriores de acuerdo al número de la sección donde se encuentran.

SECCIÓN VII – AYUDA PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

Esta sección se debe completar si el solicitante requirió de ayuda para llenar esta solicitud. La persona que ayudó al solicitante debe **completar la siguiente sección.**

¿Requirió de ayuda el solicitante para llenar esta solicitud? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que ayudó al solicitante.

Nombre (apellido, nombre, inicial) (favor de escribir en letra de molde)	Parentesco/Título
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono (incluya código de área)

¿Sabe el solicitante hablar ingles? ☐ Sí ☐ No	Si el solicitante no sabe hablar inglés, ¿qué idioma habla el solicitante?
¿Sabe el solicitante leer en inglés? ☐ Sí ☐ No	¿Sabe el solicitante escribir en inglés (a parte de su nombre)? ☐ Sí ☐ No

Si el solicitante no sabe hablar inglés, indique el nombre de alguien con quien nosotros podríamos comunicarnos que hable inglés y que le daría los mensajes al solicitante.

Nombre (apellido, primer, inicial) (Favor de escribir en letra de molde)	Parentesco con el solicitante
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono (incluya código de área)

FIRMA – Persona que ayudó al solicitante	Nombre	Fecha de la firma

MADA

SECCIÓN VIII – FIRMA

Entiendo las preguntas y declaraciones hechas en este formulario de solicitud. Entiendo las sanciones que se aplican por ofrecer información falsa o por romper las reglas. Certifíco, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas están completas de acuerdo con mi leal saber y entender. Entiendo que la agencia podría comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios. (La firma del solicitante debe de ser presenciada por dos testigos si firmó con una "X".) Si usted es un Representante Autorizado (Authorized Representative) y completó este formulario en nombre del solicitante, debe incluir el formulario ya completo Designar, Cambiar o Eximir de su Obligación a Un Representante Autorizado (F-10126).

FIRMA – Solicitante o Representante Autorizado	Nombre	Fecha de la firma
FIRMA – Testigo (Requerido si se firmó con una X.)	Nombre	Fecha de la firma
FIRMA – Testigo (Requerido si se firmó con una X.)	Nombre	Fecha de la firma