

**APÉNDICE DE LA SOLICITUD POR DISCAPACIDAD DE MEDICAID  
Firma telefónica**

**MEDICAID DISABILITY APPLICATION ADDENDUM  
Telephonic Signature**

**INSTRUCCIONES: El personal de mantenimiento de ingresos (IM workers) utiliza este formulario para recopilar una firma telefónica para la Solicitud por discapacidad de Medicaid (Medicaid Disability Application - MADA).**

El personal de mantenimiento de ingresos (IM workers) debe leer el siguiente guión al solicitante / miembro. Si la persona responde "no" a cualquiera de las preguntas, el personal debe informarle que el proceso de firma no puede continuar y que sin la firma no se puede completar la solicitud por discapacidad. Luego, el personal repite la pregunta. Si la persona responde "no" nuevamente, el personal de mantenimiento de ingresos termina la llamada. La firma telefónica se tiene que grabar.

Después de capturar la firma telefónica, complete la casilla de la firma al final de este formulario.

**GUIÓN DE LA FIRMA TELEFÓNICA:**

Le pediré que reconozca que ha presentado la Solicitud por discapacidad de Medicaid (F-10112), y que confirme que quiere firmar este formulario. La Disability Determination Bureau utiliza la solicitud por discapacidad para obtener su historial médico y cualquier otra información relacionada con su capacidad para realizar las tareas de la vida cotidiana.

¿Entiende que la Solicitud por discapacidad de Medicaid que ha presentado se utilizará para obtener su historial médico y cualquier otra información relacionada con su capacidad para realizar las tareas de la vida cotidiana? Por favor, diga "sí" o "no".

Al firmar este formulario usted acepta que es responsable de los errores y la información incorrecta y que si da información falsa u oculta información usted:

- Puede que tenga que devolver los beneficios que no debería haber recibido
- Puede ser multado
- Puede ser excluido del programa
- Puede ser procesado por fraude

¿Entiende y está de acuerdo con esta declaración? Indique "sí" o "no".

¿Certifica, bajo pena de juramento falso, que todas sus respuestas en la Solicitud por discapacidad de Medicaid están completas según su mejor saber y entender? Por favor, diga "sí" o "no".

¿Entiende que la agencia puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de su elegibilidad y nivel de beneficios? Por favor, diga "sí" o "no".

Una firma telefónica tiene el mismo efecto legal y se puede hacer cumplir de la misma manera que una firma escrita. ¿Le gustaría firmar esta solicitud por teléfono? Por favor, diga "sí" o "no".

Por favor, diga su nombre legal completo, la fecha de hoy y la hora actual.

<b>IM Only:</b>	Telephonically Signed By (first, middle, and last name):	Date Signed (MM/DD/CCYY)
	Signature Certified by IM Worker:	Worker ID: