

Solicitud de asistencia de exención de atención a largo plazo o servicios basados en la comunidad en el domicilio

Para personas que ya son elegibles para Medicaid; si no lo son, deben completar una solicitud.

Nombre del beneficiario:		Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:
Dirección actual:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:		
Código postal:			
Cónyuge: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, escriba el nombre:			
¿Qué está solicitando?			
<input type="checkbox"/> Atención en residencia de enfermería		<input type="checkbox"/> Vida asistida	
<input type="checkbox"/> Exención CHOICES		<input type="checkbox"/> Hospitalización	
<input type="checkbox"/> No cobro por apoyo familiar		<input type="checkbox"/> Exención de servicios en el domicilio	
<input type="checkbox"/> Otro/desconocido			
Fecha de inicio de los servicios solicitados:			
Nombre de hospital o centro:			Teléfono:
Fecha de admisión:		Fecha de alta (si se conoce):	
Si en estos momentos está en el hospital, ¿cuál es su plan de alta? <input type="checkbox"/> Desconocido por el momento <input type="checkbox"/> Alta en una residencia de enfermería <input type="checkbox"/> Alta en un centro de vida asistida <input type="checkbox"/> Alta en domicilio			
Si su alta será en un centro, complete esto:			
Nombre del centro:		Teléfono:	
Fecha de admisión (si se conoce):		Fecha de alta (si se conoce):	
Nombre del médico:		Dirección del médico:	
Si presenta su solicitud para la exención CHOICES, ¿quién es su proveedor de administración de casos?: administrador de caso?:			
1) Si es soltero, ¿los saldos más bajos de todos sus activos/recursos, como cuentas de ahorro y corrientes, cuentas en un centro, acciones/bonos, certificados de depósito, rentas vitalicias, cuentas de jubilación, etc., se mantendrán por debajo de los \$2000 este mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si está casado, es posible que se necesite una evaluación de recursos, y podríamos comunicarnos con usted para reunir más información.			
2) En los últimos 60 meses, ¿ha transferido, vendido o regalado algún activo, como dinero, tierras, autos, etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, liste los activos:			
3) ¿Usted o su cónyuge tienen fondos en una pensión vitalicia o algún instrumento financiero similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si se compró después del 7 de febrero de 2006, debe nombrar al estado de Dakota del Sur como beneficiario residual preferente.			
Personas que lo ayudan:			
¿Tiene un apoderado, un tutor o un curador? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, incluya una copia de la documentación e indique la información de contacto abajo:			
Nombre:		Dirección:	
Teléfono:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Formulario presentado por:		Teléfono:	

Haga que el beneficiario firme la autorización para dar y revelar información en la última página de este formulario. Si el beneficiario no puede firmar la autorización, envíe una copia del poder notarial financiero o del documento de tutela.

¿Le gustaría registrarse para votar?

Enviar una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que reciba de esta agencia.

Sí No **Si no está registrado para votar en donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar su registro?**

Si no marca alguna de las casillas, se interpretará que decidió NO registrarse para votar en este momento. (No marcar alguna de las casillas se considera un rechazo a la inscripción para recibir ayuda para el registro, pero no se considera un rechazo por escrito para recibir una solicitud. Si no marca alguna de las casillas, recibirá un formulario de registro de votantes que podrá completar cuando pueda).

Si se registra para votar, la información sobre la oficina en la que se presentó el formulario de registro de votantes será confidencial y se usará únicamente para el registro de votantes. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y se usará únicamente para el registro de votantes. Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, lo ayudaremos. Es su decisión buscar o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de registro de votantes en privado.

Si cree que alguien interfirió en su derecho a registrarse o a rechazar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se registra, su derecho a presentar una solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política puede presentar una queja ante South Dakota Secretary of State, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537.

AUTORIZACIÓN PARA DAR Y REVELAR INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo a cualquier persona, agencia o institución a dar la información solicitada por el Departamento de Servicios Sociales sobre mí o mi familia, y permito la inspección y reproducción de los expedientes en su posesión, sobre mí o mi familia, por cualquier representante debidamente autorizado del Departamento. Además, autorizo al Departamento a revelar dicha información a proveedores o a agencias estatales o federales que cooperan.

Esta autorización se da solo en relación con el uso que el Departamento le dé en la administración de sus programas y para ningún otro propósito. Continuará en vigor hasta el momento en que declare por escrito que ya no es válida.

Exonero a cualquier persona, agencia o institución de cualquier responsabilidad hacia mí o mi familia por dar dicha información.

GARANTÍA DE LOS DERECHOS CIVILES

Como beneficiario de asistencia económica federal y como agencia del gobierno estatal o local, el Departamento de Servicios Sociales no excluye, niega beneficios ni discrimina de otra manera a persona alguna por raza, color o país de origen, ni por discapacidad ni edad en el ingreso o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en estos, ya sea que estén dirigidos directamente por el Departamento de Servicios Sociales o mediante un contratista o cualquier otra entidad con la que el Departamento de Servicios Sociales tenga un arreglo para hacer sus programas y actividades; ni por motivos reales o percibidos de raza, color, religión, país de origen, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad en la admisión o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en estos, cuando los lleve a cabo el Departamento de Servicios Sociales o cuando lo hagan beneficiarios secundarios de subvenciones de la Oficina contra la Violencia contra la Mujer del Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Puede presentar una queja comunicándose con: Coordinación de Discriminación, Director de la División de Servicios Legales del DSS, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501. (605) 773-3305. De acuerdo con las leyes estatales y federales, también puede presentar una queja ante las siguientes agencias: (1) División de Derechos Humanos de Dakota del Sur (605) 773-3681; (2) Oficina de Derechos Civiles, Jocelyn Samuels, directora, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F HHH Bldg, Washington DC 20201.

RECONOCIMIENTO

Entiendo que cualquier declaración falsa que pueda hacer y cualquier incumplimiento de mi parte para reportar cualquier cambio en circunstancia que pudiera afectar mi elegibilidad para el pago de los programas administrados por el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur constituye un delito y que podría ser procesado bajo las leyes penales de Dakota del Sur.

Acepto dar información cuando lo solicite el Departamento de Servicios Sociales relacionada con cualquier bien o patrimonio que pueda estar sujeto a recuperación, recuperación de bienes o gravámenes de asistencia médica por el Estado de Dakota del Sur.

FIRMAS

El solicitante debe firmar la solicitud a menos que esté incapacitado o representado por un tutor legal (designado por el tribunal). Un representante que puede tomar decisiones sobre la salud puede firmar la solicitud en nombre del solicitante incapacitado o fallecido. La marca del solicitante debe ser en la presencia de un testigo que conozca al solicitante.

_____	_____	_____	_____
Firma del solicitante o beneficiario	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha
_____	_____	_____	_____
Testigo de la marca del solicitante	Fecha	Firma del tutor o apoderado	Fecha