TENNCARE

Solicitud para:
- **Servicios y apoyos de largo plazo (CHOICES)**
- **Cuidados paliativos**
- **Programa de Ahorros de Medicare (como QMB o SLMB)**

¿Quién debe utilizar esta solicitud?

- Los residentes de TN que necesitan atención en un centro de cuidados a largo plazo, incluso aunque puedan recibir estos servicios en su casa sin correr riesgo.
- Los residentes de TN que tienen Medicare y deseen solicitar ayuda para pagar su participación en los costos de Medicare, como QMB, SLMB, QDWI o QI1. Estos pagan las primas de Medicare y a veces los co-pagos y deducibles de Medicare.
- Los residentes de TN que necesitan cuidados paliativos.

Envíe esta solicitud a **Tennessee Health Connection, P.O. Box 305240 Nashville, TN 37230-5240. O envíela por fax al 1-855-315-0669.** Si no necesita los servicios y apoyos a largo plazo ni ayuda con sus costos de Medicare, pero quiere solicitar TennCare visite a www.healthcare.gov.

¿Le está ayudando alguien a llenar estas hojas? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, ¿está bien que hablemos con esa persona acerca de usted o de su caso? ☐ Sí ☐ No

Si está bien, díganos: El nombre de la persona _____

El número de teléfono de la persona: (_____) _____ - o - (_____) _____

1. Díganos QUIÉN es usted, DÓNDE vive y a dónde le llega su correo.

Nombre: _____

Dirección de su residencia (no puede ser P.O. Box): _____

Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____

Dirección postal (si no es la misma): _____

Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____-_____ - o - (_____) _____-_____

¿Tiene la intención de ser residente de Tennessee? Sí ☐ No ☐

Por favor, conteste estas preguntas:
¿Cuál es la mejor hora para comunicarnos con usted por teléfono? _____

Estoy utilizando este formulario para solicitar:
☐ Servicios en casa de convalecencia, o servicios basados en el hogar y la comunidad, HCBS (servicios y apoyos de largo plazo)

☐ Programa de Ahorros de Medicare para ayudar con mis costos de Medicare

☐ Servicios paliativos

¿Es usted actualmente **una persona sin hogar**? Sí ☐ No ☐ ¿**Vive en un albergue?** Sí ☐ No ☐

¿Cuál **idioma habla** mejor? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro idioma _____

¿En cuál **idioma lee** mejor? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro idioma _____

¿Padece alguna **discapacidad?** Sí ☐ No ☐ Si respondió sí, ¿cuál es su discapacidad? _____

Si tiene una discapacidad, necesita que le ayudemos con estos papeles? Sí ☐ No ☐

2. Díganos quienes viven en su casa ahora. Díganos quiénes son aunque no tengan TennCare o no quieran TennCare. Anótese usted primero. Si necesita hacerlo, puede agregar más hojas. ¿Hay alguien que vive con usted que quiere TennCare pero no quiere servicios y apoyos a largo plazo? Esa persona debe presentar su solicitud en línea en www.healthcare.gov. O puede llamar a Tennessee Health Connection al 1-855-259-0701.

¿Quién vive en su casa ahora? **Anótese usted primero.** Nombre completo – Nombre, Inicial, Apellido	¿Esta persona quiere calificar para TennCare?	Fecha de nacimiento (mes/ día/año)	Número de Seguridad Social: **SÓLO si esta persona quiere TennCare**	¿Cuál es su relación con esta persona?	Sexo M /F	¿Quiere decirnos su raza? *** (W, B, Y, A, H, I u O)
	Sí ☐ No ☐					
	Sí ☐ No ☐					
	Sí ☐ No ☐					
	Sí ☐ No ☐					

*** Si quiere informarnos cuál es su raza, por favor use estas letras. **W** = Blanco **B** = Negro o afroamericano **Y** = Hispano **A** = Asiático **H** = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico **I** = Indígena americano o nativo de Alaska **O** = Otra

3. Responda a estas preguntas sobre usted y todas las personas que viven en su casa.

¿Usted califica para atención en una casa de convalecencia pero quiere atención en el hogar?
Sí ☐ No ☐

¿Califica para atención en un Centro de Atención Intermedia para individuos con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID), pero en su lugar quiere atención en el hogar? Sí ☐ No ☐
Si respondió sí, ¿tiene esta persona **discapacidades intelectuales** (un coeficiente intelectual de 70 o menos) que haya comenzado antes de los **18 años de edad?** Sí ☐ No☐

¿Es usted ciudadano de los EE.UU., extranjero legal o inmigrante elegible? Sí ☐ No ☐
Si no, requeriremos una copia de sus documentos del INS.

¿No vive en su casa la madre o padre de un menor que vive en su casa? Sí ☐ No ☐ **Si respondió sí,** ¿cuál menor? _____¿Cuál es el nombre de la madre o padre de ese niño?____ _____

¿El esposo o esposa de alguien que vive en su casa no vive allí también?
Sí ☐ No ☐ **Si respondió sí,** ¿quién? _____
¿Por qué no vive en esta casa esa persona? _____

¿Está obteniendo asistencia en una casa de convalecencia? Sí ☐ No ☐
Si respondió sí, ¿cuál es el nombre de la casa de convalecencia? _____
¿Cuándo empezó a recibir cuidados en la casa de convalecencia? _____

¿Está viviendo fuera del estado temporalmente? Sí ☐ No ☐
Si respondió sí, díganos dónde vive y por qué. _____

Para obtener TennCare, debe comprobar que Tennessee es su hogar permanente **y** que volverá a Tennessee. Envíenos comprobante de que su hogar permanente está en Tennessee. Su comprobante puede ser algo como:

- Comprobante de que es dueño o inquilino de una casa en Tennessee
- Cuenta de impuestos sobre la propiedad de Tennessee
- El registro de su automóvil (de Tennessee)
- Su tarjeta de votante (de Tennessee)Tennessee

¿En cuál ciudad y condado vive cuando está **en Tennessee?** _____

¿Es usted dueño o alquila un lugar para vivir en otro estado? Sí ☐ No ☐ ¿En cuál estad?_____

¿Alguna persona es Veterano o Militar Activo? Sí ☐ No ☐
Si sí, ¿quién es? Asegúrese de decirnos su **nombre y número de seguro social.**

_____ _____

_____ _____

¿Tiene usted Medicaid o alguna otra ayuda de otro estado? Sí ☐ No ☐ ¿En cuál estado? _____

¿Tiene otro seguro de salud, Medicare incluido? Si es así, díganos:

¿Cuál es el nombre de la compañía de seguros? _____
¿Cuál es el número de la póliza? _____

¿Cuál es el nombre del titular de la póliza? _____

¿Cuál es el número de Seguro Social del titular de la póliza? _____

¿Cuál es la cantidad de la prima? _____

¿Cuál es la fecha de inicio? _____

¿Cuál es la relación entre el titular del seguro y usted y las demás personas en esta solicitud? _____

_____

¿Las otras personas que figuran bajo el número 2 también tienen este seguro? Sí ☐ No ☐
Si es así, díganos los nombres de las otras personas que están cubiertas por este mismo plan de seguro médico:

_____ _____

_____ _____

¿Tiene usted (u otras personas que figuran en el número 2 algún otro seguro médico además de la póliza mencionada arriba? Si es así, por favor incluya la información sobre esa póliza en otra hoja de papel.

4. Envíe comprobante de sus ingresos.

¿Alguna de las personas que viven en su casa trabaja? Sí ☐ No ☐ Si alguien trabaja, puede enviar talonarios de paga o comprobante de ingresos **de los últimos 2 meses para cada trabajo.** ¿Qué debe hacer si no tiene todos sus talonarios de cheques de los últimos 2 meses? Entréguele a TennCare copias de todo lo que tenga.

¿Alguna persona trabaja por cuenta propia? Sí☐ No☐ Si sí, díganos la clase de trabajo que hace._____
Si sí, envíe copias de la última declaración de impuestos federales y de todas las planillas correspondientes de esa persona. Si no tiene su declaración de impuestos, envíe otro comprobante. Envíe algo que muestre sus ingresos y sus gastos.

Recuerde que no debe enviar el original. Envíe una copia.

Infórmenos de cualquier trabajo que usted hace por el que le pagan aunque sean pequeños trabajos o arreglos en los que no paga impuestos.

Nombre de la persona (¿Quién gana este dinero?)	**No. de horas que trabaja cada semana**	**¿Cuánto recibe antes de impuestos cada periodo de paga?**	**¿Cada cuando le pagan? *****	**Nombre de su empleador:** (¿Trabaja por su cuenta? Díganos el nombre de su negocio, si tiene nombre.)	**Número de teléfono de su patrón**
		$			
		$			
		$			
		$			

***** Diariamente, semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente**

¿Hay algún adulto de su casa que no gana dinero? Sí ☐ No ☐ Si sí, ¿quién? _____
¿Cuándo cesó este seguro? _____ ¿Cómo pagan el costo de la vida diaria? Por ejemplo, viviendo con un amigo o pariente, la renta la paga otra persona, diversos ahorros, etc. _____

¿Alguna persona recibe pagos del Seguro Social o SSI o de desempleo de Tennessee?
Sí ☐ No ☐ Si sí, díganos quién. _____
Usted no tiene que enviar comprobante de ese ingreso. Nosotros lo obtendremos.

¿Perdió usted Medicare porque volvió al trabajo y ganaba más dinero de lo permitido por su límite de ingresos del Seguro Social? Sí ☐ No ☐

¿Alguna de las personas recibe algo de lo siguiente? Sí ☐ No ☐

- Dinero de amigos o parientes
- Pagos de jubilación
- Pagos por discapacidad
- Pagos de manutención de los hijos
- Pagos por desempleo de otro estado
- Beneficios de veteranos
- Compensación a los trabajadores
- Intereses/Dividendos/Regalías
- Ingreso por alquiler
- Pensión alimenticia
- Otro

Si sí, díganos sobre ello en el siguiente cuadro y envíe un comprobante. No envíe el original. **Envíe una copia.**

Nombre de la persona (¿Quién recibe el dinero?)	**¿Qué clase?**	**¿Cuánto recibe?**	**¿Con qué frecuencia?**	**¿Quién se lo paga?**	**¿Cuál es su teléfono?**
		$			
		$			
		$			
		$			

5. Díganos si paga cuidado infantil o cuidado de un adulto discapacitado.

¿Alguna persona paga cuidado infantil o cuidado de un adulto discapacitado? Sí ☐ No ☐
Si sí, complete las casillas. Envié comprobante de quién cuida a la persona y cuánto le paga.
Ese comprobante lo debe firmar la persona que cuida. Debe decir cuánto le paga usted y cada cuándo.

¿Quién es la persona a quien cuida?	**¿Quién paga ese cuidado?**	**¿Cuánto cuesta?**	**¿Con qué frecuencia lo paga?**	**Nombre y teléfono de la persona que cuida**
		$		
		$		

6. Díganos de sus pertenencias. Si necesita más espacio, puede agregar más hojas.

Tiene que decirnos cuáles son sus pertenencias. ¿Y si no nos dice sobre las cosas que tiene o si se pasa del límite? **No calificará para Medicaid en ningún grupo que tenga un límite de recursos.**

¿Es usted propietario de:	**¿Cuánto vale hoy?**	**¿Cuánto debe todavía?**	**El tipo de comprobante que necesitamos:**
Propiedad Díganos estas cosas acerca de la propiedad en el espacio siguiente:			Algo que indique cuánto vale; como una cuenta del impuesto sobre la propiedad y algo que indique cuánto debe, como una cuenta de su hipoteca
Dirección: Ciudad: Estado: Cód. postal:	$	$	
Dirección: Ciudad: Estado: Cód. postal:	$	$	

¿Es usted propietario de:	¿Cuánto vale hoy?	¿Cuánto debe todavía?	El tipo de comprobante que necesitamos:
Cuentas de cheques Nombre del banco: _____	$		Estado de cuenta del banco o sindicato de crédito que muestre el saldo
Cuentas de ahorro o de sindicato Nombre del banco: _____	$		
Cuentas de Club Navideño Nombre del banco: _____	$		
Automóviles y camiones Díganos la marca, el modelo y el año abajo.			
Marca_____ Modelo Año	$	$	Libreta de pagos o declaración firmada que dice cuánto debe
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Motocicletas y embarcaciones			
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Vehículos recreativos y cámpers			
Marca_____ Modelo Año	$	$	
Fondo fiduciario o patrimonio	$		Copia de los papeles legales
Acciones Nombre:_____ Cantidad que le pertenece: _____	Valor actual: $		Papeles del banco o de la compañía de inversión que indican: • clase de acciones o bonos • cuántos tiene de cada uno y • cuánto valen
Bonos Nombre:_____ Cantidad que le pertenece: _____	Valor actual: $		
Cuentas IRA y planes Keogh	Valor de la cuenta: $		Estado de cuenta con saldo. ¿Está sacando dinero de esto? Sí ☐ No ☐ Si sí, ¿cuánto? $
Certificados de ahorro o CDs	$		Estado de cuenta del banco que indica el saldo
Cuentas con ventajas fiscales	$		
Contrato de servicios funerarios revocable	$	$	Copia del contrato
Contrato de servicios funerarios irrevocable	$	$	Copia del contrato
Lotes de cementerio ¿Cuántos? _____ ¿Los lotes son para usted o para miembros de su familia cercana? ? Sí ☐ No ☐ Si no, ¿para quién?_____	$	$	Un título y algo del cementerio que diga por cuánto podría vender los lotes ahora
Otras cosas (díganos qué):	$	$	

Si necesita ayuda, llame al **1-855-259-0701**. **La llamada es gratis.**

¿Alguna de las personas que viven en su casa tiene una póliza de seguro de vida? Sí ☐ No ☐

Díganos quién	¿Valor en efectivo?	Nombre y teléfono de la compañía de seguros
	$	
	$	

7. SOLAMENTE complete esta parte si

- **Vive en una casa de convalecencia y quiere Medicaid para ayudar a pagar sus cuidados en la casa de convalecencia. O usted piensa que califica para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en el hogar**
- **O, ha recibido un cheque de SSI y uno del Seguro Social el mismo mes o por lo menos una vez desde abril de 1977 Y sigue recibiendo un cheque del Seguro Social.**

¿En los últimos 60 meses (5 años), ha vendido o regalado alguna de las cosas que se nombran en la pregunta 6? Sí ☐ No ☐ Si sí, complete las casillas.

¿Qué es lo que vendió o regaló?	¿Cuánto valía?	¿Cuánto le pertenecía?	Si lo vendió, ¿cuánto recibió?	El tipo de comprobante que necesitamos:
	$	$	$	Algo que demuestre: • cuánto valía y • cuánto tenía usted y • por cuánto lo vendió
	$	$	$	
	$	$	$	
	$	$	$	

En los últimos 12 meses (1 año) alguien de su hogar recibió una suma grande de dinero?
Podría ser de liquidación de seguro, dinero que le debía el Seguro Social o un premio de la lotería.
Sí ☐ No ☐ Si sí, complete las casillas.

Díganos quién	¿Cuánto recibió?	¿De dónde provino?	El tipo de comprobante que necesitamos:
	$		Expedientes bancarios o una carta que diga cuánto recibió.
	$		
	$		

¿Está solicitando un programa de ahorros de Medicare como QMB o SLMB? Si es así, no le darán un plan de seguro médico de TennCare. Pero, si está solicitando Medicaid, puede elegir su plan de seguro médico. Si usted no elige uno, TennCare se lo escogerá. Si es aprobado, su carta de aprobación le cuál es su plan y cómo lo puede cambiar. Los planes de seguro médico para TennCare son: AmeriGroup, BlueCare y UnitedHealthcare. Yo quiero que mi plan de seguro médico sea: _____

8. Firme aquí.

- Autorizo a TennCare para obtener información sobre mí y mi familia. Pueden obtenerla de otras personas o dependencias, por ejemplo, agencias del gobierno, empleadores y lugares que prestan servicios de salud.
- La información que yo proporciono en esta solicitud es verídica y completa a mi mejor saber y entender. ¿Qué sucede si a propósito proporciono información que no es cierta o no digo ciertas cosas? Podría ir a la cárcel o tendría que reponerle el dinero a TennCare. Me podrían acusar de un delito como perjurio o un delito grave.

Firme aquí X: _____ **Fecha:** _____
Persona que solicita / Jefe de familia

Testigo, firme aquí (si la persona que solicita no puede firmar) X:_____
Testigo (nombre en letra de imprenta): _____ **Fecha:**_____

¿Está registrado para votar donde vive ahora? Sí ☐ No ☐

Si no ¿quiere que le ayudemos a registrarse para votar en las siguientes elecciones? Sí ☐ No ☐

Si lo quiere, le enviaremos los papeles que sirven para registrarse. Usted no se tiene que registrar para votar para que TennCare le ayude. Nosotros podemos ayudarle a llenarlos.

Utilice esta lista de orientación para asegurarse de que nos está proporcionando todo lo necesario para que tramitemos su solicitud. Contar con toda la información que necesitamos nos ayudará a tramitar su solicitud más rápidamente.

☐ (1) Identificación y ciudadanía (p. ej., licencia de conducir y acta de nacimiento) de cada solicitante

☐ (2) Número de Seguro Social y fecha de nacimiento del solicitante (Esta información es opcional para su cónyuge. Pero, si nos puede dar el número de Seguro Social y fecha de nacimiento de él/ella ahora, nos ayudará a tramitar su solicitud más rápidamente.)

☐ (3) Estados de cuenta bancarios para el mes de la solicitud y los dos meses anteriores (para cada cuenta: cheques, ahorros, IRA, CD, acciones, bonos y 401k).

☐ (4) Pólizas de seguro de vida (del residente y de su cónyuge) con el nombre y dirección de la empresa, número de póliza, fecha de emisión, valor nominal y el valor en efectivo de cada póliza.

☐ (5) Prima(s) de seguro médico - incluyendo Medicare Suplementario o Planes de la Parte D de Medicare.

☐ (6) **Todos** los ingresos brutos del solicitante y su cónyuge (p. ej., pensión, pensión de veterano o asistencia y cuidado para veteranos, ingresos por alquiler, pensión alimenticia, etc.)

☐ (7) Registro del automóvil (marca, modelo y año), incluidos los vehículos de recreo.

☐ (8) Inmuebles de su propiedad (condado, dirección y valor), incluyendo la casa donde vive ahora o vivió antes de entrar a la casa de convalecencia.

☐ (9) Contratos de servicios funerarios prepagados

☐ (10) Gastos básicos para el cónyuge del solicitante:

Alquiler o hipoteca	Servicios básicos
Impuesto sobre la propiedad	Seguro de propietario

☐ (11) **Todas** las preguntas de la solicitud han sido contestadas acerca de los hijos dependientes (incluidos los adultos con discapacidad) que viven con usted.

☐ (12) Nombres, números de teléfono y direcciones de dos amigos o familiares. Estas son personas que puedan verificar que usted es quien dice ser.

☐ (13) **Todos** los traspasos hechos en los últimos cinco (5) años (bienes raíces, de finanzas, etc.)

☐ (14) Valor de los lotes de cementerio

☐ (15) Acta de matrimonio (si está casado actualmente - no viudo/a)

Lo marcado arriba se adjunta con la solicitud para Medicaid del residente. Los artículos que **no** están marcados todavía faltan. ¿Le pidieron cosas que no están en la lista de arriba? Si es así, por favor, díganos lo que todavía está tratando de conseguir:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Es posible que le pidan que proporcione más información después de la entrevista telefónica del solicitante. El especialista en elegibilidad le explicará lo que se necesita, cómo conseguirlo y le ayudará a conseguirlo si usted se lo pide.

__Importante__: La solicitud de Medicaid **tiene** que estar firmada. Nos llevará más tiempo tramitar la solicitud si no está firmada. **No se olvide de enviarnos esta página con la solicitud.**

Sus derechos y obligaciones
Conserve esta página para referencia futura.

¿Necesita ayuda para presentar estas hojas? ¿Tiene preguntas?

Llame al **1-855-259-0701.** La llamada es gratis.

¿Necesita ayuda en otro idioma? Avísenos. TennCare le conseguirá un intérprete gratuitamente.

- Cualquier persona que quiera TennCare debe:
  - Ser ciudadano de Estados Unidos o
  - Haber sido admitido legalmente a los Estados Unidos como residente permanente.

- TennCare utilizará su número de Seguro Social para obtener información sobre usted y sus ingresos. Esa información se utilizará para comprobar si puede tener TennCare. Ellos no usarán la información para deportarlo.

- TennCare podría darle su número de Seguro Social a:
  - Agentes de la policía que estén buscando infractores de la ley;
  - Otras dependencias del gobierno Federal o Estatal (pero no el INS); y
  - Agencias de cobro que están tratando de cobrar dinero que se le debe al Estado.

- TennCare verificará la información y los comprobantes que usted proporcione. Usted debe ayudar a obtener cualquier otra información necesaria.

- Usted está autorizando a TennCare para que obtenga información sobre usted y su familia por medio de otras personas. Eso incluye dependencias del gobierno, empleadores y lugares donde prestan servicios de salud.

- Si TennCare dice que usted no puede conservar TennCare, usted puede apelar. En la carta que se le envía se le informará cómo presentar una apelación.

- Si usted tiene TennCare, no puede conservar ningún pago de médico o de seguro médico que reciba de un seguro u otras compañías. Esos pagos le pertenecen al Estado. Usted debe cedérselos al Estado.

- Nadie más puede usar su tarjeta de TennCare. ¿Qué pasa si le permite a otra persona usar su tarjeta? Es posible que tenga que pagarle al estado el costo de las cuentas médicas de la otra persona.

- Usted le debe informar a TennCare de cualquier cambio en su dirección, la gente que vive en su casa, su ingreso o su capacidad para obtener seguro médico. Usted tiene **10 días** después de que ocurra el cambio para informarles.

- ¿Qué ocurre si la Oficina de Investigaciones de Tennessee, la Oficina del Inspector General de TennCare u otra dependencia le pide su ayuda para pillar fraude y abuso en TennCare? Usted debe ayudar.

- Si el Estado paga gastos médicos o atención en el hogar para usted, el Estado puede recuperar ese dinero. Cuando usted fallezca, el Estado puede tomar el dinero que usted le debe de su patrimonio.

- Nosotros no permitimos el trato injusto. Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, religión o discapacidad. Si piensa que lo han tratado injustamente, llame al **1-855-259-0701** para reportarlo. La llamada es gratis.