

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES Helping people. It's who we are and what we do.





Fecha:	
Nombre del caso:	
Número de Caso:	

Ad	dend	a de	As	iste	ne	cia	Médica	para	Ancianos,	Cie	gos y	/ Disca	pacita	dos	(MAAB	D)
_																

Por favor de completar las siguien apropiadamente.		•	•	•
¿Ha estado usted o su cónyuge meses?	en un hospital, hoga	ar de ancianos u otra ins	stitución médi	ca durante los últimos 3 □ Sí □ No
Si la respuesta es sí, ¿quién?		¿Qué meses?		
¿Está usted actualmente en ur	n hospital, asilo de a	ancianos u otra institue	ción médica?	☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿quién?	Fecha	de ingreso:	_ Fecha de sali	ida:
Nombre del establecimiento / Direc	cción:			
¿Ha sido usted o su cónyuge lesio	nado en un accidente	? ☐ Sí ☐ No ¿Quién?_	¿Cua	ándo?
Si usted o su cónyuge reside en u intención de volver a su casa?				☐ Sí ☐ No
Por favor marque la casilla para	todos los recursos ι	usted o un miembro de s	_	
Ninguna	Cuentas individ	uales de dinero indígena (IIM)	Otros tipo	os de cuentas
Fondos/Planes de entierro	Cuentas de reti	ro individuales (IRA)	Otras cas	as, terrenos o edificios
Cuentas de cheques comerciales	Cuentas Keogh	(401K)	☐Pagarés d	contratos
Equipo de negocios/Inventario	Derechos sobre	e terreno/Minerales	☐ Caja fuer	te
Dinero en efectivo disponible	Herencia en vic	la/Arrendamientos en vida	Cuentas	de ahorros
Certificados de Depósito (CD)	Pólizas de segu	ıro de vida	Bonos de	ahorro
Cuentas de cheques	Ganado/Caball	os	Acciones	/Bonos
Club de Navidad	Reclamos mine	ros	□Una casa	donde usted es dueño
Cuentas de asociaciones de crédito	☐ Fondos fiduciar	ios disponibles		duciarios no disponibles
Otro	. 3.,333			
Si ha marcado cualquier casilla arr	iba indicada, por favo	r de proporcionar detalles	s a continuaciór	٦.
DUEÑO(S)	Tipo de recurso	Cuenta/ No. de Póliza	Valor	Cantidad debida

¿Hay algún recurso indicado arriba designado para entierro? Sí No ¿Cuál?___

2059 - EMS (10/25)

Page 1 of 4

Anotar todos los automóviles, camionetas, vehículos de recreación, remolques, etc. donde usted es dueño o está comprando. Incluir vehículos que no están actualmente funcionando.

DUEÑO(S)	DUEÑO(S) Año, Marca, y Modelo		¿Registrado?	DUEÑO(S)	Año, Marca, y Modelo	Valor	¿Registrado?		
					ero, vehículos, p ı los últimos 60 r				
Si la respuesta es	s sí, indica la fecl	ha:¿	,Qué fue dado?	Valor	:Preci	o de venta to	otal:		
¿Ha usted o su o préstamo, o her		ado un fond	o fiduciario, an	ualidades, ord	len judicial y/o c		n pagaré, un Sí □ No		
Si la respuesta e	es sí, adjunta ur	າa copia(s) d	lel documento((s) con esta so	licitud.				
					dica para el cuio Estado de Neva				
NFORMACI	ÓN DE ING	RESO							
;Recibe usted o s	Recibe usted o su cónyuge ingreso de cualquier fuente? ☐ Sí ☐ No								
Pe	ersona		Frecu	iencia		Cantidad	d		



INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Por favor de completar lo siguiente sobre su cónyuge actual y todos los anteriores, <u>aunque están separados, pero no divorciados</u>. Si su cónyuge ha fallecido, toda la información posible todavía tiene que ser completado. Por favor de utilizar una hoja por separado si existen más de 3 cónyuges.

Nombre del cónyuge:								
Dirección:								
No. de Seguro Social:	o. de Seguro Social: Fecha de nacimiento:							
¿Esta divorciado(a)? □Sí □ No Fecha del divorcio:		¿Esta separado(a)? Sí No ¿Es viudo(a)? Fecha de separación:						
Nombre del empleador / Dirección:		Información de se	eguro medico:		¿Esta cubierto? □ Sí □ No			
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno	o federal o local?	Sí 🗆 No		Años	s empleados:			
No. de reclamo de ferrocarril o del gobie	erno:							
¿Veterano? □ Sí □ No		No. de reclamacio	ón:					
Nombre del cónyuge:								
Dirección:								
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimie	nto:						
¿Esta divorciado(a)? □Sí □ No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a Fecha de separad							
Nombre del empleador / Dirección:		Información de se		¿Esta cubierto? □ Sí □ No				
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno No. de reclamo de ferrocarril o del gobie		Sí □ No		Años	s empleados:			
¿Veterano? ☐ Sí ☐ No		No. de reclamacio	ón:					
Nombre del cónyuge:								
Dirección:								
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimie	nto:						
¿Esta divorciado(a)? □Sí □ No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a Fecha de separad				□No			
Nombre del empleador / Dirección:		Información de seguro medico:			¿Esta cubierto? □ Sí □ No			
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno No. de reclamo de ferrocarril o del gobie		Sí 🗆 No		Años	s empleados:			
¿Veterano? ☐ Sí ☐ No		No. de reclamacio	<u>د</u>	•				



Selección del plan de salu	ud / Organización de	preferencia d	e atención admir	nistrada					
Las familias que viven en los co administrada (MCO). Se le pide asignará un plan al azar. Su sel o Nevada Check-Up. Si usted o cambiarlo en este momento. Las	que elija uno de los siguio ección de plan de salud no miembros familiares ya e	entes planes de sa o garantiza la acep están inscribidos er	lud. Si usted no indic tación en los progran n uno de los MCOs a	ca una preferencia, le nas Nevada Medicaid ctualizados, no podrá					
Por favor de hacer una selección:	Regiones disponibles	Número de Contacto:	•	/isite para más nación)					
☐ Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urban Clark Urban Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/neva medicaid/home.html	ada-					
☐ Health Plan of Nevada	Urban Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/	<u>Member</u>					
☐ Molina Healthcare	Urban Clark Urban Washoe	1-844-327-7136	meetmolina.com/nv-m	<u>edicaid</u>					
☐ SilverSummit Healthplan	Urban Clark Urban Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplar	n.com					
Para más información en los plar un proveedor, visite https://www.l puede llamar uno de las oficinas	medicaid.nv.gov/hcp/provi	der/Home/tabid/13							
Llame gratis estatal TTY	Carson City	Reno	Las Vegas	Elko					
(800) 992-0900 (800) 326-	6888 (775) 684-3651	(775) 687-1900	(702) 668-4200	(775) 753-1191					
ara poder asistirnos en procesar su solicitud a tiempo, por favor de proporcionar verificación de cualquier ingres recursos usted ha limitado en esta forma. Proporcionar copias del estado de todas las cuenta bancarias orriente, valor de pólizas de seguro de vida, y registros de vehículo.									
Firma del solicitante	Nombre con	letra de molde	Fecha	Número de teléfono					
Firma del cónyuge	Nombre con	letra de molde	Fecha	Número de teléfono					

• Copy of form mailed to applicant (Date):



For Office Use Only

• Telephone call to applicant (Date):