Joe Lombardo *Governor* Richard Whitley, MS *Director*



Cobertura de Medicaid de Reingresar

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

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



Medicaid Suspendida

Solicitud de Medicaid para Personas Involucrados en la Justicia

Esta solicitud puede ser utilizado para las Personas Involucradas en la Justicia para solicitar una determinación de elegibilidad de Medicaid para uno de los siguientes programas:

| | Personas deben cumplir con requisitos específicos del programa para ser considerados para este programa. | | | Las personas que no están actualmente en un programa de Medicaid pueden solicitar y tendrá a DSS para evaluarlos para un programa de Medicaid o CHIP. | | | |
|-----|---|----------------------------|-----------------|---|-------------------|-------------------|----------------|
| | Los centros de carcelario deben declarar que la persona esta cumpliendo con estos requisitos por someter a DSS la Forma 2971 completada, Solicitud para la Transición de Medicaid para los Involucrados en la Justicia | | OSS ción ele | Si es determinado elegible, el individuo tendrá su | | | |
| n | formación del Solicitante | | | | | | |
| | | gundo nombre: | Apellio | lo: | Sufijo: | Fecha de | e nacimiento: |
| Eı | ncarcelado actualmente? | □ No | | ;Fech | a esperada de lib | peración? | |
| n | nbre del establecimiento: | Dirección del establec | imiento: | | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| is | sta de su dirección físico y de corre | o actual ahaio | | | | | |
| | rección física: | Número del | Direcció | n de correo: | | Númer | |
| | | Apartamento: | | | | Apartai | |
| Ciu | udad: Estado: | Código postal: | Ciudad: | | Estado: | Código | postal: |
| in | nero de teléfono de día: | Ext.: | Número d | le teléfono se | ecundario: | E | xt.: |
| di | oma preferido (si no es inglés): | □ Español □ Otro: | | | ¿Necesi | ta un intérprete? | □ Sí □ No |
| ١c | ctualmente, notificaciones se ma | ndan por correo. En el | futuro, si | está dispor | nible, quisiera r | ecibir informacio | ón por: |
| Co | orreo electrónico: 🗆 Sí 🗆 No | Dirección de co | rreo electr | ónico: | | | |
| VI | úmero de Seguro Social | • | | | | | |
| S | S necesita números de Seguro Soci | ial (SSNs) (si uno ha sido | asignado) | para las pers | sonas solicitando | seguro de salud. | |
| 0 | r favor asegúrese de que el nomb | re sea el mismo que apa | rece en su | Tarjeta de | Seguro Social. | | |
| de | umero de Seguro Social/de entificación de Impuestos EQUERIDO): | Estado civil: | ¿Embara | nzada? 🗆 S | Sí □ No | | Sexo: |
| · V | EQUENDO). | | Fecha de | el parto: | | | ☐ Masculino |
| _ | | | Si la resp | puesta es sí, | ¿Cuántos bebés | se esperan? | ☐ Femenino |

¿Es usted legalmente ciego o permanentemente discapacitado?

□ Sí □ No

| ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓ | XIMO AÑO? | No |
|--|--|--------------------------------|
| Si la respuesta es no, ¿lo declaran como dependiente en la declara | | l No |
| Si la respuesta es sí, nombre del declarante de impuestos: | Parentesco con usted: | |
| ¿Es usted ciudadano de los | vivido usted en los EE.UU. desde 1996? □ Sí □ N | No |
| Si no es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene usted estatus migratorio | como elegible? □ Sí □ N | No |
| Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información: | Tipo: No. de identificación: | |
| ¿Es usted, su cónyuge, su pareja doméstica o su padre (si usted es honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? | menor de edad) un veterano retirado | No |
| Si es menor de 26 años de edad, ¿ha estado alguna vez en cuidado | temporal? 🗆 Sí 🗆 No Si la respuesta es Sí, ¿cuál estado? | ? |
| ¿Recibió cuidado de salud a través de un programa estatal de Med ¿Edad cuando salió del programa? | licaid? 🗆 Sí 🗆 No | |
| Información de ingreso actual | Sin empleo | |
| ¿Recibe ingreso actualmente? | □ Sí □ | □ No |
| Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo? | Cantidad en bruto: \$ | |
| of the respuestic es si, to the tipo. | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | |
| | os semanas □Bimensual □Mensual □An | nual |
| | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | nual |
| ¿Con que frecuencia te pagan? □Semanal □Cada d | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | |
| ¿Con que frecuencia te pagan? Semanal Cada d Información Étnico y de Raza | os semanas □Bimensual □Mensual □An | |
| ¿Con que frecuencia te pagan? □Semanal □Cada d Información Étnico y de Raza ¿Es usted Hispano/Latino o de origen Español? (opcional) | os semanas □Bimensual □Mensual □An □ Sí □ | |
| ¿Con que frecuencia te pagan? | os semanas □Bimensual □Mensual □An □ Sí □ | □ No |
| ¿Con que frecuencia te pagan? □Semanal □Cada d Información Étnico y de Raza ¿Es usted Hispano/Latino o de origen Español? (opcional) Raza (opcional) - Marque todas las que corresponde □ Blanco □ Nativo de H □ Afroamericano o Negro □ Indio Amer | os semanas | □ No |
| ¿Con que frecuencia te pagan? | os semanas | □ No |
| ¿Con que frecuencia te pagan? □Semanal □Cada de Información Étnico y de Raza ¿Es usted Hispano/Latino o de origen Español? (opcional) Raza (opcional) - Marque todas las que corresponde □ Blanco □ Nativo de Health Afroamericano o Negro □ Indio Americano del Pacífico □ Otro asiático □ | os semanas | □ No e Africano |
| ¿Con que frecuencia te pagan? | os semanas | □ No e Africano |
| ¿Con que frecuencia te pagan? | os semanas | □ No e Africano State y nos. |
| ¿Con que frecuencia te pagan? | os semanas | □ No e Africano State y nos. |
| ¿Con que frecuencia te pagan? | os semanas | □ No e Africano State y nos. |

No Discriminación

Siguiendo la ley federal, discriminación no es permitido sobre las bases de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Usted puede presentar una queja:

en línea: https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

por correo: Director, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, Centralized Case

Management Operations, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

por teléfono: Centro de Respuesta del cliente: (800) 368-1019, Fax:(202)619-3818 (TDD):(800) 537-7697

por correo electrónico:

ocrmail@hhs.gov

Programa de Medicaid de Recuperación de Patrimonio

Los beneficiarios de Medicaid que tienen 55 años o más de edad o están hospitalizados en un centro médico pueden ser responsables por el reembolso de los gastos pagados por ellos por Medicaid. Estos pagos hechos por parte del Programa de Medicaid pueden recuperarse del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Responsabilidad de terceros

Yo entiendo que lo siguiente es un requisito de elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid:

- 1) Si alguien en esta solicitud recibe beneficios de Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener dinero de otros seguros de salud, seguros, acuerdos legales, y cualquier otro tercero que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por Medicaid; y
- 2) Yo doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener manutención de niños y médica de un cónyuge o un padre; y
- 3) Yo estoy de acuerdo en que los miembros de mi hogar cooperarán con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y darán a DHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud, usted autoriza al Departamento de Servicios Humanos a hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de su niño(s), que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por DSS y Nevada Health Link. Información proveída a DSS puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad.

Si usted no coopera con la investigación, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted da una declaración falsa o información confusa; entrega documentos alterados; o encubre o retiene información necesario para que la agencia puede ser una determinación precisa de sus beneficios por lo cual usted puede ser elegible, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios que no tiene derecho a recibir, tendrá que reembolsar a la agencia todo el dinero, servicios y beneficios que no tenía derecho a recibir. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Póliza de Privacidad

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se usarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y para proveer información adicional para servicios de salud disponibles a su hogar. Nevada Health Link, la División de Servicios Sociales y el Departamento de Servicios Humanos revisarán su elegibilidad utilizando nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de otras agencias federales. Si la información no es igual, podremos pedir que envíe comprobantes. No haremos preguntas sobre sus antecedentes médicos. No se harán preguntas sobre la ciudadanía o estatus migratorio a los miembros del hogar que no quieren la cobertura.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social (SSA), del Departamento de Seguridad Nacional (DHS), y/o una agencia de informe del consumidor.

DSS necesita esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura y para darle el mejor servicio posible. DSS también puede revisar su información posteriormente para asegurarse de que su información esté actualizada. DSS le notificará si encontramos que algo ha cambiado.

Entiendo que mi información será usada y recuperada a través de fuentes de datos para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas enumeradas en la solicitud que permite la recuperación y el uso de su información de las fuentes de datos anteriormente mencionadas.

| Deción de Mensaje de Texto Opt-In/Opt-Out La información proporcionado en esta solicitud, incluyendo sus número(s) de teléfono, serán compartidos con la División del Departamento de Servicios Humanos (DHS), y la Organización de Atención Administrada (MCO), por lo cual se le asigna. Consentimiento autoriza llamadas y/o textos de DHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, en cualquier número(s) de teléfono que proporcionó en su solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre sus necesidades de salud o tratamientos, servicios de bienestar, planes de beneficios, elegibilidad, renovar y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionado con DHS o MCO sobre su cobertura de salud. Estas llamadas/textos son hechos utilizando la tecnología automático, tal como con un sistema de marcación telefónica o artificial o mensaje de voz pregrabado. Tarifas de mensajes y datos estándares pueden aplicar. (Marque uno de los siguientes;) □ Yo consiento a recibir mensaje de texto como describido hacia arriba. Teléfono Preferido: □ No consiento a recibir mensaje de texto como se describe arriba. Iniciales: | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Selección del plan de salud / C | rganización do profor | oncia da atanción | a administrada | | |
| Las familias que viven en los cond administrada (MCO). Se le pide q asignará un plan al azar. Su selecc Nevada Check-Up. Si usted o mie cambiarlo en este momento. Las p | ados urbanos de Washoe ue elija uno de los siguien ión de plan de salud no ga mbros familiares ya están | o Clark están cubier ntes planes de salud. arantiza la aceptació inscribidos en uno | rtos por una organización Si usted no indica una pron en los programas Nevade los MCOs actualizados | referencia, le da Medicaid o s, no podrá | |
| Por favor de hacer una selección: | Regiones disponibles | Número de Contacto: | Sitio web: (Visite para | más información) | |
| ☐ Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions | Urban Clark Urban Washoe | 1-844-396-2329 | mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html | | |
| ☐ Health Plan of Nevada | Urban Clark | 1-844-962-8074 | myHPNmedicaid.com/Member | | |
| ☐ Molina Healthcare | Urban Clark Urban Washoe | 1-844-327-7136 | meetmolina.com/nv-medicaid | | |
| ☐ SilverSummit Healthplan | Urban Clark Urban Washoe | 1-844-366-2880 | silversummithealthplan.com | | |
| □ Ninguna Preferencia (Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid) | | | | | |
| Para más información en los planes diferentes, visite https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/. Si necesita buscar un proveedor, visite https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx, y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo: | | | | | |
| Llame gratis estatal TTY | Carson City | Reno | Las Vegas | Elko | |
| (800) 992-0900 (800) 992-0900 (775) 684-3651 (775) 687-1900 (702) 668-4200 (775) 753-1191 | | | | | |
| Sus Derechos Puede anelar si usted piensa que h | emos hecho un error o no | avisamos con tiem | no adecuado sobre su soli | citud Esto indica | |
| Puede apelar, si usted piensa que hemos hecho un error o no avisamos con tiempo adecuado sobre su solicitud. Esto indica que nos puede pedir a revisar su caso una vez mas. Usted tiene que pedir una apelación por escrito dentro de 90 días desde la fecha de la notificación. La notificación le dice como apelar. Usted puede nombrar un representante para actuar en su favor durante el proceso de apelaciones. Comuníquese con nosotros, y le podremos ayudar con su apelación. | | | | | |
| Sus Responsabilidades | | | | | |

Sé que tengo que reportar cambios al programa donde estoy inscrito si la información ha cambiado en esta solicitud. Sé que puedo ser cambios al llamar al servicio al cliente y que tengo que reportar para el quinto día (5th) del mes siguiente. Yo entiendo que un cambio en mi información puede afectar mi elegibilidad para los miembros de mi hogar.

Divulgación de Información

Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida.

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

Por favor lea y firme esta solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, que dice que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas según entiendo. Sé que puedo ser sujeto a penalidades bajo la ley federal si doy información falsa intencionalmente o falsa información.
- Yo juro que he reportado honestamente el estatus de mí ciudadanía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

| Firma o marca del solicitante: | Fecha: | Firma o Testigo*: | Fecha: |
|--------------------------------|--------|---|------------|
| | | (Utiliza si el solicitante no puede leer, e | escribir o |
| | | es ciego.) | |
| | | *La información en esta solicitud fue leída al solicitante y he testigo a su firma o marca. | |
| | | | |

Somete esta solicitud por:

Enviar por correo electrónico al: justicemed@dss.nv.gov, o;

Fax 702-631-3387

Se acordó de:

✓ ¿Firmar esta solicitud?

Descargo de responsabilidad:

Al pedido de la institución pública, usted debe proporcionar la dirección de donde tiene intención de vivir. Todos los documentos importantes, tal como las determinaciones de elegibilidad, tarjeta de Medicaid, etc, serán enviadas a la última dirección que usted proporcionó.

| Designacion del Representante Autorizado | | | |
|--|---|--|---|
| Los solicitantes pueden designar a una persona o establecim noluye asistiendo las personas con la solicitud de asistencia continuos con la agencia. Esta designación debe incluir la f epresentante autorizado también debe estar de acuerdo a es olicitante/beneficiario. Yo entiendo que mis obligaciones olicitante/beneficiario en la medida de la capacidad financia | i, renovaciones de e irma del solicitante cribir que actuarán y responsabilidades | legibilidad y c . Para una des responsable en son los mismo | otras comunicaciones signación válida, el designado n nombre del os como si fuera el |
| ¿Quiere nombrar alguien que sea su representante autoriza | do? | □ Sí □ N | No Si no, saltar esta sección. |
| Nombre del Representante Autorizado: | | | Número de teléfono: |
| Dirección de correo: (Requerido) | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Al firmar, usted acepta permitir que esta persona actué y hable en su no Medicaid. Esta persona recibirá copias de todas las notificaciones ofic período actual de elegibilidad de Medicaid a menos que usted le inforn | riales sobre su caso con | DSS. AVISO: L | a autorización es válida solo durante el |
| Su firma | _ | | —————————————————————————————————————— |
| Si desea designar un establecimiento como su representante | autorizado, la secció | n a continuacio | |
| firmado por el solicitante y un miembro de personal del cent | | | |
| | | | |
| Yo, | ,] | pido que la sig | uiente persona/agencia: (CIRCULE UNO) |
| | | sea | mi: |
| □ El representante principal (recibe todas las solicitu notificaciones. Ellos tienen la misma responsabilid elegibilidad, responsabilidades de reportar y son representantes principales tienen el mismo acceso a □ El representante secundario (recibe los mismos solicion responsables de obtener o reportar información información solicitado a DSS. Un representante se puede firmar en nombre del cliente.) | ad que tiene el cliente los únicos autorizado la información del co citudes para informacion s; sin embargo, si dec | e de obtener info os de firmar er mo el cliente.) ión y notificació siden hacerlo, p | ormación para determinar la nombre del cliente. Los ones como el cliente pero no oueden obtener y reportar la |
| Yo entiendo que puedo cancelar esta designación en cualquie que actué como un representante autorizado se terminará hacia la | | | rización del establecimiento |
| FIRMA DEL SOLICITANTE | FECHA DE NACIMIENTO | | FECHA |
| DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO |) | | |
| Yo creo que el solicitante/cliente nombrado arriba entiende la su propia voluntad. Yo certifico que el solicitante/cliente representante bajo ningún tipo de amenaza o presión. Como representante principal, estoy de acuerdo act proporcionando toda la información necesaria para determi y obligaciones son los mismos como si fuera el solicit solicitante/beneficiario de hacer pagos. | naturaleza y las conse nombrado arriba to uar de forma respons nar la elegibilidad par | mó la decisió able en nombre a asistencia. Yo | on de designarme como su e del solicitante/beneficiario o entiendo que mis derechos |
| Como representante secundario, yo entiendo que re nombrado arriba, sobre el inicio y curso de su elegibilidad y Entiendo que no tengo autoridad para firmar en nombra Yo certifico bajo pena de perjurio, que la información que yo p | puedo proveer inform e del solicitante/clie | nación para asist nte nombrado | tir en el proceso de la elegibilidad. arriba. |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE (NOMBRE CON LETRA EN MO | DLDE) | CARGO/PARENTESO | CO FECHA |
| DIRECCIÓN | | N | ÚMERO DE TELÉFONO |



MEDICAID ESTATE RECOVERY NOTIFICACIÓN DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

Tenga en cuenta que si está solicitando o recibiendo beneficios del programa de Medicaid, ésta es información importante que podría afectar su decisión de recibir beneficios de Medicaid.

De acuerdo con la ley estatal y federal, el estado de Nevada administra un programa de recuperación de bienes de Medicaid mediante el cual la asistencia de Medicaid correctamente pagada es recuperada del estado indiviso de la persona que recibió los beneficios de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid de 55 años o más y ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería están afectados por este programa. Cuando esos individuos pasan, Medicaid requiere que los Estados indivisos de esas personas paguen de vuelta cualquier beneficio pagado por Medicaid.

El "estado indiviso" se define ampliamente en Nevada. Incluye toda la propiedad real y personal y otros activos en o a los que una persona tenía algún título legal o interés en el momento de la muerte. Esto incluye bienes transmitidos a otra persona a través de tenencia conjunta, bienes de vida, fideicomisos, anualidad, Homestead u otro arreglo. Una reclamación de Medicaid no puede ser vencida por una exención de Homestead o por el funcionamiento de la bancarrota o la ley de la insolvencia.

Ciertas personas están protegidas contra la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperarse si el beneficiario de Medicaid tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 años, o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si se impide que Medicaid se recupere debido a un cónyuge sobreviviente, un niño discapacitado o un niño menor de edad, Medicaid puede poner un gravamen sobre el interés del beneficiario en la propiedad real y/o personal.

Sin embargo, Medicaid debe liberar el derecho de retención si el cónyuge, el niño discapacitado y/o el niño menor de edad venden la propiedad a un comprador de buena fe por el valor justo de mercado. Si el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

Además, ciertos ingresos, recursos y propiedades de los Indios Americanos y de los Nativos de Alaska están exentos de la recuperación del estado de Medicaid. Por favor, consulte el manual de operaciones de Medicaid que se encuentra en www.dhcfp.nv.gov para una explicación detallada de la propiedad exenta de recuperación para estos grupos.

El idioma anterior se refiere a los beneficios que se pagan correctamente a los destinatarios de Medicaid elegibles. Cuando los beneficios son pagados a personas que no son elegibles de otra manera, esos beneficios se consideran como pagados incorrectamente. Medicaid puede recuperar beneficios pagados incorrectamente inmediatamente después del descubrimiento y sin las restricciones que se aplican a los beneficios correctamente pagados.

La recuperación de Medicaid puede ser renunciada, comprometida o retrasada si esto causaría una dificultad indebida para los herederos. Los herederos pueden presentar una exención de dificultad en el momento de la recuperación de Medicaid. La negación de una exención o compromiso de dificultad puede ser apelada a través del sistema legal apropiado. Medicaid proporcionará información de solicitud de exención de dificultades a los herederos conocidos en el momento de la recuperación.

Por favor comparta este formulario con la familia y los herederos.

Si tiene preguntas o necesita información adicional o aclaración, por favor comuníquese con el programa de recuperación de bienes de Medicaid al (775) 687-8416, correo electronico: mer@nvha.nv.gov o visite su sitio web en www.dhcfp.nv.gov bajo "Programs."

¹Ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería se refieren a personas con respecto a las cuales el estado determina, después de la notificación y la oportunidad de audiencia, que el paciente no puede esperar razonablemente ser dado de alta de la institución médica y volver a casa.