

## Solicitud para el Programa de Hospitales con Población Desproporcionada (DSH por sus siglas en inglés) Y Formulario de Preselección de Medicaid/KCHIP

*La siguiente información es utilizada para determinar si un individuo que solicita o que ya ha recibido servicios del hospital es elegible para servicios de DSH o si debería ser remitido al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) para solicitar el programa de Medicaid o KCHIP. Todos los niños de 19 años de edad o menores serán referidos a la oficina de DCBS del condado en que viven para una determinación de elegibilidad para KCHIP.*

### Sección 1: Información del individuo

1. Fecha de hoy: _____ 2. Nombre del paciente: _____ 3. Dirección: _____ 4. Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ 5. *Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ 6. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 7. Sexo del paciente: _____ 8. Teléfono de casa: _____	9. Teléfono del trabajo: _____ 10. Fecha del servicio hospitalario: ____/____/____ - ____/____/____ 11. Casado(a)/Soltero(a): _____ 12. Nombre del cónyuge: _____ 13. ¿La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si responde SÍ, remitir a la paciente al DCBS para una determinación de elegibilidad para Medicaid.</b> 14. ¿Es el/la paciente un residente de Kentucky? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Se define como "residente" a un individuo que vive en Kentucky y que no recibe asistencia pública en otro estado.)
--	--

\* Si no proporciona un Número de Seguro Social, entonces tiene que proporcionar una verificación de la residencia en el estado de KY. Lo cual podría ser una copia del recibo del alquiler de los últimos 6 meses, una copia del pago de la hipoteca de los últimos 6 meses o una carta firmada por algún miembro de la familia u otro ciudadano de la comunidad verificando su residencia.

**Si la respuesta a la pregunta 14 es sí, vaya a la pregunta 15. Si la respuesta a la pregunta 14 es no, infórmele al paciente que él/ella no cumple con los criterios de elegibilidad para DSH y llene completamente la sección V.**

15. Escriba el nombre, número de seguro social, relación y edad de cada individuo que vive en el hogar.

Nombre de los miembros del hogar	No. de Seguro Social	Relación	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

16. ¿El individuo tiene niños dependientes viviendo en el hogar?     Sí     No
- (a) Si la respuesta a la pregunta 16 es **SÍ**, remitir al individuo al DCBS para Medicaid;
  - (b) Si la respuesta a la pregunta 16 es **NO**, remitir al individuo al DCBS para Medicaid **SOLO SI** la persona **NO** ha recibido una negación de Medicaid en los últimos 30 días; o,
  - (c) Si el individuo, que no tiene niños menores de 18 años de edad, afirma ser discapacitado, remitir a la persona a la Administración del Seguro Social para solicitar Seguridad de Ingreso Suplementario.

#### 17. Información de Ingresos:

a. Empleador del Paciente/Parte Responsable: \_\_\_\_\_

b. Empleador del Cónyuge: \_\_\_\_\_

c. Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

d. Total del Ingreso Bruto Mensual: \_\_\_\_\_

e. Otro ingreso:

- i. Desempleo: \_\_\_\_\_
- ii. Manutención Infantil: \_\_\_\_\_
- iii. Seguro Social: \_\_\_\_\_
- iv. Compensaciones de los Trabajadores: \_\_\_\_\_
- v. SSI: \_\_\_\_\_
- vi. Otro: \_\_\_\_\_

#### 18. Información de Seguro:

a. Seguro de Salud/Vida: \_\_\_\_\_

b. Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

c. Número de Póliza: \_\_\_\_\_

d. Número de Grupo: \_\_\_\_\_

e. Portador de la Póliza: \_\_\_\_\_

f. Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

\* **Favor de ver la página 4 para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicaid/KCHIP.**

**Total del ingreso bruto mensual de la unidad familiar: \$ \_\_\_\_\_**

**19. Recursos Contables:**

	Nombre del Banco	Balance/Valor
a. Cuentas de cheques:	_____	_____
b. Cuentas de ahorros:	_____	_____
c. Certificados de depósito:	_____	_____
d. Mercado de valores:	_____	_____
e. Fondo común de inversión:	_____	_____
f. Acciones:	_____	_____
g. Bonos:	_____	_____
h. Otros:	_____	_____
*Total de la deuda por facturas de salud: \$	_____	_____
*Total de recursos: \$	_____	_____

\* Para establecer elegibilidad a los recursos contables se les restarán los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados.

20. Otra información: a. ¿La fecha de servicio está relacionada con un accidente automovilístico?  Sí  No  
 b. ¿Usted ha solicitado y se le han negado los beneficios de Medicaid o KCHIP?  Sí  No

**Sección 2: Criterios del Hospital con respecto al Cuidado para Indigentes**

1. El individuo tiene que cumplir con todas las condiciones siguientes:
- El individuo es un residente de Kentucky
  - El individuo **no es elegible** para Medicaid o KCHIP
  - El individuo **no** tiene cobertura de un pagador a terceros
  - El individuo **no** está bajo la custodia de una entidad del gobierno responsable de la cobertura de sus necesidades de cuidado grave
  - El individuo cumple con los siguientes criterios de ingreso y recursos:

Número de personas en el Hogar	Límite de Recursos	100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Mensual)*	100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Anual)*
1	\$2,000.00	\$931.00	\$11,170.00
2	\$4,000.00	\$1,261.00	\$15,130.00
3	\$4,050.00	\$1,591.00	\$19,090.00
4	\$4,100.00	\$1,921.00	\$23,050.00
5	\$4,150.00	\$2,251.00	\$27,010.00

**Sumar \$3,960.00 por cada persona adicional.** \*Los límites de ingresos serán vigentes a partir del 1° de abril de 2012.

- Todos los ingresos de una unidad familiar serán contados y una unidad familiar incluye:
  - El individuo;
  - El cónyuge del individuo que vive en el hogar;
  - Uno de los padres o ambos padres de un menor de edad, que vive en el hogar;
  - Todos los menores de edad que viven en el hogar.
- Otros miembros del hogar ya sean parientes o no, y que no pertenecen a ninguna de las categorías mencionadas anteriormente deberán ser considerados como una unidad familiar independiente.
- Los recursos contables son limitados a dinero en efectivo, cuentas de cheque y cuentas de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósito y cuentas de mercado de valores.
- Para establecer la elegibilidad, a los recursos contables se les pueden restar los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados.

**Sección 3: Certificación de la Fidelidad de la Información**

Por este medio acepto suministrarle al hospital toda la información necesaria que les permita determinar la necesidad que tengo de recibir asistencia financiera para los servicios de cuidado de salud recibidos. Estoy de acuerdo en que se le proporcione al hospital o que este pueda obtener todos los documentos necesarios para verificar mis ingresos actuales, mi situación laboral y recursos, y que el hecho de no entregar la información requerida dentro de un plazo de treinta (30) días hábiles es motivo de negación de mi solicitud para asistencia. También estoy de acuerdo en notificar al Hospital inmediatamente de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, situación laboral o ingreso.

Estoy de acuerdo en permitir que el representante del Hospital determine mi elegibilidad y que busque asistencia estatal y federal con Medicaid, KCHIP y DSH.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información al aceptar asistencia, podría estar sujeto a juicio por fraude. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si estoy insatisfecho con cualquier acción tomada acerca de mi solicitud. Entiendo que tengo que comunicarme con el hospital para solicitar una audiencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado del Hospital

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿El individuo parece calificar para Medicaid?  Sí  No

**Si responde sí, entonces remitir a la oficina del DCBS del condado de residencia del individuo. El individuo debe llevar consigo una copia de este formulario a la oficina del DCBS.**

#### Sección 4: Negativa a Solicitar Medicaid

El individuo o la parte responsable firmará abajo si se niega a solicitar el Medicaid.

Me niego a solicitar la cobertura de Medicaid o KCHIP. Entiendo que como resultado de esta negativa se me pueden enviar a mí las facturas de cualquier servicio efectuado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Individuo o Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Sección 5: Negación del Cuidado para Indigentes

El individuo no cumple con los criterios de cuidado para indigentes por las siguientes razones (por favor marque lo que sea pertinente):

1.  El individuo no es un residente de Kentucky.
2.  El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP pero se ha negado a hacerlo.
3.  El individuo ya recibe o ha sido aprobado para Medicaid o KCHIP.
4.  El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP pero al concluir el plazo de 30 días no mostró pruebas de haber presentado la solicitud.
5.  El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP en un plazo de 30 días pero al concluir los 120 días no mostró pruebas de que la solicitud ha sido **negada** o de que la solicitud esté **pendiente**.
6.  El individuo no proporcionó en un plazo de 120 días la información necesaria para verificar ingreso, recursos o situación laboral.
7.  El individuo está cubierto por el siguiente pagador a terceros: \_\_\_\_\_.
8.  El individuo está bajo la custodia de una entidad del gobierno responsable de la cobertura de sus necesidades de cuidado grave: \_\_\_\_\_.
9.  El ingreso del hogar de \$ \_\_\_\_\_ es muy alto.
10.  Los recursos del hogar de \$ \_\_\_\_\_ son muy altos, aún después de restarle las facturas médicas sin pagar.

\*El individuo cree que él/ella es elegible para el cuidado para indigentes por las siguientes razones:

#### Sección 6: Solicitud de Audiencia

El individuo puede solicitar una audiencia justa en un plazo de 30 días a partir de esta determinación y lo puede hacer ya sea:

1. Firmando y fechando la solicitud de audiencia que aparece a continuación y enviando una copia de esta solicitud al hospital, o
2. Enviando una carta al hospital donde solicita una audiencia.

La solicitud de audiencia tiene que ser enviada con fecha de matasellos o entregada personalmente en un plazo de 30 días a partir de la fecha que se muestra abajo:

Nombre o Departamento: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Yo solicito una audiencia debido a esta negación. Yo creo que soy elegible para el cuidado para indigentes

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*El hospital debe llevar a cabo una audiencia justa en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibe la solicitud de audiencia del individuo.*

#### Sección 7: Archivos Hospitalarios

Esta determinación fue llevada a cabo por:

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado del Hospital

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Favor de ver la página 4 para obtener más información sobre las estipulaciones de solicitudes.***

**CONSERVAR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE.**  
**ESTA DETERMINACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERIODO DE SEIS MESES A MENOS QUE LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL INDIVIDUO CAMBIE.**

## Elegibilidad para Medicaid y KCHIP

Si el paciente o el hogar parecen ser elegibles para Medicaid o KCHIP:

- marcar las posibles categorías de elegibilidad enumeradas a continuación de esta pregunta
- completar el resto de esta solicitud y entregar una copia al paciente
- explicarle al paciente que necesita hacer una solicitud de Medicaid o KCHIP en un plazo de 30 días y que tiene 120 días para informarnos si la solicitud:
  - ha sido aprobada o
  - ha sido negada o
  - está pendiente aún

Referir al DCBS para solicitar KCHIP o Medicaid si el paciente (marque uno):

- en un niño menor de 19 años
- es un adulto con niños que viven en el hogar
- está embarazada
- tiene 65 años de edad o mayor
- es discapacitado permanentemente o ciego o dice serlo.

**No** referir al paciente al DCBS para solicitar Medicaid o KCHIP si el individuo:

- recibió una negación de Medicaid o KCHIP en los últimos 30 días
- es un adulto menor de 65 años sin niños en el hogar (a menos que el adulto cumpla con los criterios de incapacidad permanente y absoluta de Medicaid)

Si un individuo afirma tener incapacidad permanente absoluta, referir al individuo tanto al DCBS para solicitar Medicaid como a la Administración del Seguro Social para solicitar SSI.

Si el paciente demuestra que ha solicitado Medicaid o SSI pero la solicitud aún está pendiente después de finalizar los 120 días, apruebe esta solicitud.

## Estipulaciones de la Solicitud

Entregar personalmente o por correo una copia de esta solicitud a cualquier individuo que se le haya negado la cobertura con una carta indicando el motivo por el que fue negada y que tiene 30 días para apelar.

Si el individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP, intentar comunicarse después de 30 días para ver si el individuo hizo la solicitud.

Si un individuo hizo la solicitud de Medicaid (incluyendo SSI) o KCHIP, intentar comunicarse a los 60, 90 y 120 días para ver si la solicitud fue aprobada o negada.

Si la información necesaria para verificar los ingresos, recursos o empleo está faltando, intentar comunicarse a los 30, 60 y 90 días para recordarle al paciente. Ayudar a las personas con discapacidades según sea necesario.

Si una solicitud de Medicaid o SSI ha sido hecha pero aún está pendiente después de 120 días, usted puede aprobar esta solicitud.