

ABD MEDICAID - ESPAÑOL

BERGEN COUNTY BOARD OF SOCIAL SERVICES
218 STATE ROUTE 17 NORTH ROCHELLE PARK, NJ 07662-3300



ABD Medicaid

Verificaciones Requeridas

Para solicitar Medicaid como persona Anciana, Ciega o Discapacitada debe completar el Formulario de Información del Cliente y la aplicación (NJFC-ABD-AP-0718). Los formularios correctamente completados deben ser devueltos a la Junta de Servicios Sociales del Condado Bergen, junto con todas las siguientes verificaciones que sean aplicables a su caso:

POR FAVOR ENVÍON COPIAS SOLAMENTE (NO ORIGINALES).

Prueba de Estatus Legal- Certificado de Nacimiento, Pasaporte de Estados Unidos, Certificado de Naturalización, I-94, Visa de entrada a Estados Unidos o Carnet de Residencia (copia de ambos lados).

Prueba de Identidad- Licencia de Conducir, Tarjeta de Medicare, or Tarjeta de Seguro Social.

Prueba de Otro Seguro de Salud- Cualquier otra tarjeta de identificación de seguro de salud que tenga.

Prueba de Residencia- Cuentas Hipotecarias, Impuesto a la Propiedad, Recibos de Alquiler, Contrato de Arrendamiento, Estado de Cuenta de PSE&G, correo reciente dirigida a usted. Si usted vive en un hogar con otra persona, también debe proporcionar una carta firmada por esa persona indicando los arreglos de vivienda, incluyendo la cantidad que paga de alquiler, servicios públicos y otros gastos.

Prueba de Estado Civil- Certificado de Matrimonio, Decreto de Divorcio, Certificado de Defunción.

Prueba de Ingresos- Recibos de Pago de las Últimas Ocho (8) Semanas (si trabaja), Prueba de Ingreso de: Seguro Social, discapacidad, pensión, pensión alimenticia, etc. (para solicitador una carta de Seguro Social detallando su ingreso llame al 1-800-772-1213). Prueba de cualquier otro tipo de ingreso.

Prueba de Recursos- Tres (3) estados de cuenta más recientes de sus cuentas bancarias de cheques/ahorros y cuentas financieros tales como acciones, bonos, anualidades, etc. (Favor de explicar y verificar todos los depósitos no reportados como ingresos), y las pólizas de seguro de vida con valor en efectivo (llame a la compañía de seguros de vida para que le envíe prueba del valor en efectivo).

Formulario PA1C- Si no tienes estatus legal y le aplica, el Formulario PA1C que le proporcionó el hospital.

ABD MEDICAID

Customer Information Sheet



Please complete the following information/ Por favor, complete la siguiente información:

Last Name/Apellido _____ First Name/Nombre _____ MI/Inicial _____ Sex -M -F

Social Security Number/Número de Seguro Social _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____

Email: _____ Marital Status/ Estado Civil _____ Race/Raza* _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ Zip Code/Código Postal _____

Telephone/Teléfonos _____

Home/Casa _____ Cellular _____ Language Spoken/¿Qué idioma(s) habla: _____

US Citizen/Ciudadano EE. UU. -Yes/Si -No If no, date of entry/Si no eres ciudadano de EE. UU., fecha de entrada al país _____

Education Level/ Nivel de Educación _____ Homeless/ Sin Hogar? -Yes/Si -No

Family Composition - Please provide the information requested below for each person currently residing with you.

Composición Familiar - Por favor, proporcione la información solicitada a continuación para cada persona que reside con usted.

First Name/Nombre	Last Name/Apellido	DOB Fecha de Nacimiento	Social Security Number Numero de Seguro Social	Relationship Parentezco	Citizenship/Alien Status Estatus Legal	Include in application? Incluir en aplicación?
						<input type="checkbox"/> -Yes/Si <input type="checkbox"/> -No
						<input type="checkbox"/> -Yes/Si <input type="checkbox"/> -No
						<input type="checkbox"/> -Yes/Si <input type="checkbox"/> -No
						<input type="checkbox"/> -Yes/Si <input type="checkbox"/> -No
						<input type="checkbox"/> -Yes/Si <input type="checkbox"/> -No
						<input type="checkbox"/> -Yes/Si <input type="checkbox"/> -No

PLEASE COMPLETE REVERSE SIDE • POR FAVOR COMPLETE PAGINA DE ATRÁS

*** In order to be eligible for money (TANF), you must cooperate with the child support program. Unless domestic violence is involved, this agency will be seeking support from all parents that do not live in your home. If you are not interested in seeking support, please tell the receptionist immediately.

*** Para ser elegible para recibir dinero (TANF), usted debe cooperar con el programa de manutención de niños. A menos que se trata de la violencia doméstica, esta agencia buscará imponer el pago de manutención a todos los padres que no viven en su casa. Si usted no está interesado en imponer el pago de manutención, por favor, informe a la recepcionista inmediatamente.

*I=American Indian/ Indio Americano,
A=Asian/ Asiático, W=White/ Blanco,
B=Black or African American/Negro o afroamericano,
H=Native Hawaiian or other Pacific Islander/ Nativo de Hawai u otra isla del Pacifico,
O=American Indian or Alaska Native and Asian/ Indio Americano o nativo de Alaska o Asia

ML= Married living together /Casados viven juntos
MS= Married Separated /Casados viven separados
S=Single/Soltero,
W=Widow/Viudo,
D=Divorced/Divorciado

Customer Information Sheet

Last Name/APELLIDO _____ First Name/Nombre _____ MI/Inicial _____

Income - For each household member included in this application please provide the information requested below regarding their **monthly** income. Income includes: wages, salary, Social Security, Disability, pension, retirement, alimony, unemployment, child support, veterans benefits and any other money your family receives.

Ingresos - Para cada miembro de su familia incluido en esta solicitud, por favor proporcione la información solicitada abajo con respecto a sus **ingresos mensuales**. Los ingresos incluyen: sueldos, salarios, Seguro Social, discapacidad, pensión, retiro, desempleo, manutención de hijos, beneficios de veteranos y cualquier otro dinero que su familia recibe.

	Household Member Miembro de la Familia	Type of Income Tipo de Ingreso	Monthly Amount Cantidad Mensual	Household Member Miembro de la Familia	Type of Income Tipo de Ingreso	Monthly Amount Cantidad Mensual
1				4		
2				5		
3				6		

Resources - For each household member included in this application please provide the information requested below regarding their resources. Resources include: cash, checking accounts, savings accounts, stocks, bonds, annuities, 401K, life insurance policies with cash-in value, etc.

Recursos - Para cada miembro de su familia incluido en esta solicitud, por favor proporcione la información solicitada abajo con respecto a sus recursos. Los recursos incluyen: dinero en efectivo, cuentas de cheques, cuentas de ahorro, acciones, bonos, anualidades, 401K, seguros de vida con valor en efectivo, etc.

	Household Member Miembro de la Familia	Type of Resource Tipo de Recurso	Amount Cantidad	Household Member Miembro de la Familia	Type of Resource Tipo de Recurso	Amount Cantidad
1				3		
2				4		

In the past year have you received Food Stamps, Welfare or Medicaid in any state? -Yes/Si -No
 ¿En el último año ha recibido Cupones para Alimentos, Welfare, o Medicaid en cualquier estado?

Health Insurance/Seguro de Salud -Yes/Si -No (Includes Medicare, Hospital, Medicaid, Dental, Prescription Drug Insurance/Incluye Medicare, Hospital, Medicaid, Dental, Seguro de Medicamentos) If yes/Si la respuesta es sí:

Company Name/Nombre de la Compañía: _____ Policy Number/Número de Póliza: _____

Is anyone included on this application pregnant?/¿Está embarazada alguna persona incluida en esta aplicación? -Yes/Si -No

If you answered yes, provide name and due date/ Si la respuesta es sí, indique el nombre y la fecha del parto _____

Signature/Firma _____

Date/Fecha _____

For Office Use Only/Sólo Para Uso Interno

ABD FS GA MED TANF

SECCIÓN 2 Información demográfica del solicitanteFecha de nacimiento: _____ - _____ - _____ Año _____ Sexo: Hombre Mujer
Mes DíaEstado de ciudadanía: Ciudadano de EE. UU. Residente legal permanente Refugiado
 Asilado Sin admisión legal Inmigrante legal _____

Fecha de entrada

Núm. de USCIS/Extranjero _____ Núm. de tarjeta de migración _____

Nombre oficial de documento/tarjeta de migrante (alias) _____

Número de Seguro social: _____ - _____ - _____ Número de identificación Medicare: _____

Estado civil: Soltero Casado, fecha _____ Divorciado, fecha _____ Viudo, fecha de fallecimiento de su cónyuge _____ Separado, fecha _____ Hijo (menor de 19)**SECCIÓN 3 Nombre del cónyuge** También incluya si se divorció, separó o enviudó.Nombre del cónyuge: _____
Apellido Nombre Segundo nombre Nombre de solteraFecha de nacimiento del cónyuge: _____ - _____ - _____
Mes Día Año

Número de seguro social del cónyuge: _____ - _____ - _____

Dirección del cónyuge (última conocida) _____
Calle Ciudad Estado Código postal¿Esta persona también está solicitando participar en Programas para Personas de Edad Avanzada, Ciegas, Discapacitadas? No Sí; por favor llene el formulario Información del cónyuge.**SECCIÓN 4 Asistencia con la solicitud****El solicitante puede elegir a una persona para que le ayude a completar su solicitud. Podemos comunicarnos con esta persona para obtener más información. Seleccione abajo:** Representante autorizado - Llene el Formulario Designación de Representante Autorizado (incluido). Apoderado legal Tutor legal Abogado Cónyuge Otro, por favor identifique su relación _____**Proporcione la información siguiente de esta persona:**

Nombre _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número telefónico: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Applied _____

Case # _____

SECCIÓN 5 Información de seguro de salud

- Medicare Parte A** Fecha de elegibilidad _____
 ¿El solicitante paga una prima? Sí, ¿monto mensual? _____ No
- Medicare Parte B** Fecha de elegibilidad _____
 ¿El solicitante paga una prima? Sí, ¿monto mensual? _____ No
- Medicare Parte C** Fecha de elegibilidad _____
 ¿El solicitante paga una prima? Sí, ¿monto mensual? _____ No
- Medicare Parte D** Fecha de elegibilidad _____
 ¿El solicitante paga una prima? Sí, ¿monto mensual? _____ No
- ¿El solicitante tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud? Sí No

Si contesta sí, anote abajo el nombre de la cobertura de salud, el número de póliza y todo costo de primas.

Nombre de póliza	Número de póliza	Prima de la póliza

¿El solicitante tiene seguro de atención de largo plazo? Sí No

¿El solicitante tiene una Póliza de Sociedad para Atención de Largo Plazo aprobada por el Departamento de Banca y Seguros de New Jersey? Sí No

Si el solicitante contestó sí a cualquiera de estas preguntas, proporcione una copia de la(s) póliza(s).

SÓLO PARA USO DE OFICINA	
Date Applied	_____
Case #	_____