

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL PROCESO DE RE-EVALUACION

La información proporcionada en este formulario será solamente usada para determinar continuación de elegibilidad para aquellas personas que ya estén recibiendo beneficios.

Si usted quiere agregar alguien a vuestros beneficios, complete el formulario "Agregar a una persona" adjunto a este formulario.

1. Use tinta azul o negra para completar todas las páginas.

Revise cuidadosamente toda la información en el formulario. Usted debe proveer información actualizada acerca de todas las personas en su familia. Si necesita más espacio del que se le facilita en el formulario, añada hojas según necesite.

2. Firme la página de Derechos y Responsabilidades.

Usted o su representante autorizado deben firmar el formulario para que se considere completo y válido.

3. Provea documentos que prueben la información contenida en este formulario.

Reúna documentos (ejemplos de éstos se enumeran a lo largo del formulario) que puedan ser usados para verificar la información en el formulario. Envíe copias de estos documentos con el formulario completo. También puede llevar documentos originales a su oficina local.

4. Entregue toda la documentación requerida para la re-evaluación dentro del plazo de 10 días de haber recibido este formulario.

Use el sobre adjunto para enviar por correo su formulario completamente llenado así como sus verificaciones.

Usted puede igualmente enviar sus papeles for fax al 1-866-434-8278, por E-Mail a mybenefits@dhw.idaho.gov, o llevarlos personalmente a la oficina de Salud y Bienestar más cercana.

Una vez entregada toda la documentación requerida para su re-evaluación no hay necesidad de contactar al Departamento. Si necesitamos información adicional le notificaremos.

NOTA IMPORTANTE

Si necesita asistencia, por favor pregunte. Los servicios siguientes son gratis:

- Ayuda para llenar el formulario
- Acomodaciones por causa de discapacidad
- Intérprete de Idiomas. Llame al 1-800-926-2588 o TDD 208-332-7205

¿Cuál es su idioma preferido? Hablado: _____ Escrito: _____

¿Necesita un intérprete para su entrevista? Uno estará disponible sin costo alguno para usted. Si No

Por favor, contacte a su oficina local si usted no puede participar en una entrevista durante horas normales de oficina o si necesita servicios de intérprete.



INFORMACION DEL HOGAR

Díganos si la información listada abajo es correcta. Por favor marque correcciones si hay cambios, o nos dicen acerca de nueva información.

Información de contacto

La información de contacto que tenemos aparece abajo. Si cualquier parte de la información es inexacta, marque con una cruz en la casilla debida y utilice los espacios en blanco debajo para proporcionar la información correcta.

Persona principal:	Teléfono:	Tipo:	Dirección postal:	Dirección de la casa:

Esta la información arriba correcta? Si No

Si no, utilice por favor el espacio debajo para proporcionar información corregida o actualizada.

Persona Principal	Teléfono		Tipo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección de casa	Ciudad	Condado	Estado	Postal
Dirección postal (Si es diferente)	Ciudad	Condado	Estado	Postal

Personas que viven en el hogar

Las personas siguientes viven en su casa. Verifique la casilla apropiada para decirnos el estado actual de cada persona.

Nombre	Fecha de nacimiento	Estatus Actual	¿Como reclamara a cada persona en su próxima declaración de impuestos?	¿Para dependientes, quien será el Contribuyente Principal?
		<input type="checkbox"/> Todavía en casa <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Difunto <input type="checkbox"/> Se mudó <input type="checkbox"/> En instalación médica <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Contribuyente de Impuestos Principal <input type="checkbox"/> Reclamado como Dependiente por un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Reclamado como Dependiente por alguien que no es miembro del hogar <input type="checkbox"/> No voy a declarar impuestos	

Dependientes Que No Viven en el Hogar

Anote todos los dependientes reclamados en la declaración de impuestos que no viven en su hogar y sus ingresos actuales.

Nombre completo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con usted	Número de Seguro Social	Ingresos actuales para esta persona
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

Díganos acerca de cualquier cambio de relación (como matrimonio o adopción) en su casa. Indique por favor quién y qué tipo de cambio es.

Nombre(s)	¿Qué tipo de cambio?

Liste otras personas que vivan en su casa y no hayan sido enumeradas arriba. Díganos por favor si las personas que usted lista debajo compran y preparan alimentos con usted contestando sí o no a la pregunta de compra/prepara .

Nombre completo	Sexo	¿Cuál es la relación familiar?	¿Compran/preparan?
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si quiere agregar otra persona a sus beneficios, por favor use el formulario "Agregar a una persona" adjunto a este paquete.



INFORMACION NO FINANCIERA

Díganos acerca de las condiciones médicas y asistencia a la escuela de cada uno en su casa. **Nota:** La comprobación de números de seguro social y ciudadanía sólo se necesita para miembros de la casa que reciben o solicitan asistencia.

Nombre	¿Tiene número de Seguro or ID Migratoria?	Si lo tiene, proporcione SSN o ID Migratoria (alien number) aquí
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

No tenemos los números de seguro social (SSN) o número de extranjero de los individuos enumerados abajo. Por favor, proporcione información actualizada si está disponible.

Nombre	Estatus de ciudadanía	¿Correcto?	Sí/No. ¿Cuál es el estatus?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Nuestra información muestra que los individuos siguientes no son ciudadanos. Díganos por favor si el estatus ha cambiado.

Condiciones Médicas

Liste cualquiera en la casa está embarazada.

Nombre	¿Fecha de término?

Liste cualquiera en la casa que tenga una discapacidad.

Nombre	¿Recibe/solicitó los beneficios de Seguridad Social?
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Asistencia escolar

Liste quiénes en su casa, con 17 años de edad o mayores, asisten a la escuela.

Nombre	Nombre de escuela	¿Fecha de graduación?	¿Programa de estudio y trabajo?	Estatus del estudiante
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A medio tiempo <input type="checkbox"/> No asiste

Liste todos en la casa entre las edades de 6 y 18 que no asistan la escuela.

Nombre



INFORMACION FINANCIERA

Cuéntenos acerca de su situación financiera.

Ingresos

Entregue prueba

Díganos sobre cualquier ingreso que su hogar recibe. Queremos saber de las más recientes 4 semanas, así como cualquier dinero recibió trimestral o anualmente. Los ingresos es dinero ganado (los sueldos o el salario) de un trabajo o el autoempleo, o no ganado de fuentes como Seguridad social, la manutención de hijos, subsidios de desempleo, regalos en efectivo, arrendamientos, ingresos de jubilación, etc.

- Marque esta casilla si no hay ingresos que lleguen a su hogar. Por favor, adjunte una declaración escrita que explique cómo ganarse la vida.

Nombre de la persona con ingresos		Fuente de ingresos/Nombre de empleador		Teléfono de empleador	
Frecuencia de pago	Horas por semana	Sueldo por hora	Ingresos ensuales (pre impuestos)	Fecha de inicio	¿Espera un cambio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona con ingresos		Fuente de ingresos/Nombre de empleador		Teléfono de empleador	
Frecuencia de pago	Horas por semana	Sueldo por hora	Ingresos ensuales (pre impuestos)	Fecha de inicio	¿Espera un cambio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona con ingresos		Fuente de ingresos/Nombre de empleador		Teléfono de empleador	
Frecuencia de pago	Horas por semana	Sueldo por hora	Ingresos ensuales (pre impuestos)	Fecha de inicio	¿Espera un cambio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de la persona con ingresos		Fuente de ingresos/Nombre de empleador		Teléfono de empleador	
Frecuencia de pago	Horas por semana	Sueldo por hora	Ingresos ensuales (pre impuestos)	Fecha de inicio	¿Espera un cambio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Entregue Pruebas

Envíenos prueba de todos sus ingresos:

- Talones de cheques de los últimos 30 días
- Formulario de verificación de empleo
- Formulario de terminación de empleo
- Registros de declaración federal de impuestos (personal y de negocio si es empleado independiente)



PROPIEDAD Y RECURSOS

Díganos acerca de las propiedades que los miembros de su familia poseen, incluyendo vehículos, los recursos monetarios, y bienes inmuebles.

Automóviles**Entregue prueba**

Cuéntenos sobre los vehículos—coches, camiones, motocicletas, remolques, embarcaciones, motos de nieve, y otros vehículos recreativos—de que su familia sea propietaria.

Nombre/Propietario	Año, marca, y modelo	Valor	¿Para qué lo utiliza principalmente usted (escoja uno)?
			<input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Para trabajar <input type="checkbox"/> Búsqueda <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Recreativa <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Para trabajar <input type="checkbox"/> Búsqueda <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Recreativa <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Para trabajar <input type="checkbox"/> Búsqueda <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Recreativa <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Personal (otro)

Recursos**Entregue prueba**

Cuéntenos sobre otro tipo de recursos que tenga, incluyendo dinero en efectivo, cheques y cuentas de ahorros, acciones, bonos, fondos de inversión inmobiliaria, 401Ks, fideicomisos, certificados de depósito (CDs), pólizas de seguro de vida, fondos funerarios, etc. que no aparezcan listados arriba.

Nombre/Propietario	Tipo de recurso	Nombre de institución financiera	Número de cuenta	Valor

Entregue Prueba

Envíenos prueba de todos sus recursos. Ejemplos de prueba aceptable incluyen copias de lo siguiente:

- Estados de cuentas más recientes
- Recibos de su banco local (que claramente muestre los titulares de las cuentas así como números y valores actuales de las mismas)
- Declaraciones que muestren en valor actual de acciones, bonos, fideicomisos, seguros de vida, fondos funerarios, etc.

Propiedad**Entregue prueba**

Cuéntenos sobre tierra o propiedad de cualquiera que viva en su casa y no aparezca listado arriba.

Propietario	Tipo de propiedad	Dirrección de propiedad	Valor	¿Para qué utiliza principalmente usted esta propiedad (escoja uno)?
				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Ingreso de renta <input type="checkbox"/> Negocio/Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Other:
				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Ingreso de renta <input type="checkbox"/> Negocio/Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Other:
				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Ingreso de renta <input type="checkbox"/> Negocio/Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Other:

Entregue prueba

Envíenos prueba de la nueva propiedad que usted declara en este formulario. Ejemplos de prueba aceptable incluyen copias de lo siguiente:

- Nota de estimación de impuestos de dicha propiedad
- Acto de propiedad
- Declaración de hipoteca



GASTOS

Sírvase proporcionar información sobre sus gastos, incluyendo renta, servicios públicos, cuidado de niños, y seguro médico. Nota: Si usted omite cualquiera de los gastos indicados abajo, nosotros asumiremos que usted no desea una deducción de dichos gastos. Después de que complete la reevaluación, no podremos agregar ni cambiar ningún gasto hasta su próxima reevaluación.

Gastos de hogar**Entregue prueba**

Cuéntenos acerca de sus gastos recurrentes. Al decirnos la cantidad de cada gasto, incluya sólo la cantidad que usted paga. Si sus pagos de la hipoteca incluyen otros pagos como irrigación, impuestos sobre la propiedad, cuotas de HOA, etc, por favor regístrelos separadamente abajo.

Renta por mes	Hipoteca por mes	Hipoteca (2da) por mes	Renta de espacio por mes
\$	\$	\$	\$

Irrigación		Impuestos sobre la propiedad		Cuotas de Asociación de Propietarios		Seguro de la vivienda	
\$	por	\$	por	\$	por	\$	por

Marque por favor las casillas debajo para decirnos que utilidades usted paga que no estén incluidas en su renta o hipoteca.

Calefacción Aire acondicionado Agua Drenaje Basura Teléfono

Nombre del propietario:	Numero de teléfono del propietario:
-------------------------	-------------------------------------

Entregue pruebas

Envíenos prueba de todos sus gastos domésticos. Ejemplos de prueba aceptable incluyen copias de lo siguiente:

- Recibo de hipoteca o renta
- Cuotas de asociación de Propietarios (HOAs)
- Impuestos sobre la propiedad
- Facturas de servicios públicos

Gastos individuales**Entregue prueba**

Utilice el espacio debajo para hablarnos de los gastos individuales. Gastos admisibles incluyen manutención de hijos y algunos gastos médicos para miembros de la casa que sean incapacitados o mayores de 60 años de edad. Al decirnos la cantidad de cada gasto, incluya sólo la cantidad que usted paga.

Nombre	Tipo de gasto	Cantidad	¿Con qué frecuencia lo paga?

Entregue prueba

Envíenos prueba de todos sus gastos. Ejemplos de pruebas aceptables incluyen copias de lo siguiente:

- Impreso mostrando sus gastos de manutención de niños
- Recibos de gastos medicos*
- Primas de seguro médico*
- Recibos de prescripciones médicas*

* Para personas mayores o miembros de la casa que sean discapacitados solamente

Gastos de cuidado para dependientes

Entregue prueba

Utilice el espacio debajo para decirnos acerca de nuevos gastos de cuidado de dependientes que no listamos arriba.

Nombre del dependiente	Cantidad total	Cantidad que usted paga	Con que frecuencia lo paga
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor		Teléfono de proveedor
Nombre del dependiente	Cantidad total	Cantidad que usted paga	Con que frecuencia lo paga
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor		Teléfono de proveedor
Nombre del dependiente	Cantidad total	Cantidad que usted paga	Con que frecuencia lo paga
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor		Teléfono de proveedor

Entregue pruebas

Envíenos prueba de todos sus gastos. Ejemplos de prueba aceptable incluyen copias del siguiente:

- Declaración de su proveedor de cuidado de niños
- Formulario de Cargos Mensuales de niños

Cobertura Médica

Entregue prueba

Cuéntenos acerca de cualquiera otra persona en su casa que recibe o haya recibido cobertura médica durante los últimos seis meses.

Nombre del asegurado	Titular de la póliza		Número de teléfono de titular	
Propietario de la póliza	Numero de póliza	Fecha inicio	Fecha final	Cantidad mensual de la prima
Nombre del asegurado	Titular de la póliza		Número de teléfono de titular	
Propietario de la póliza	Numero de póliza	Fecha inicio	Fecha final	Cantidad mensual de la prima
Nombre del asegurado	Titular de la póliza		Número de teléfono de titular	
Propietario de la póliza	Numero de póliza	Fecha inicio	Fecha final	Cantidad mensual de la prima

Entregue pruebas

Envíenos prueba de su Seguro Médico. Ejemplos de prueba aceptable incluyen copias del siguiente:

- Tarjeta de seguro (copia del frente y reverso)
- Póliza de seguro médico



Lista de Verificación

Use la lista abajo para asegurarse de que ha completado todas las partes necesarias del proceso de re-evaluación. Si el Departamento necesita más información, usted recibirá una carta por correo.

Por favor asegúrese de que:

- Ha contestado todas las preguntas y revisado toda la información contenida en este formulario.
- Ha entregado pruebas de todos sus ingresos, recursos, y gastos declarados en este formulario.
- Ha leído, firmado, y fechado sus Derechos y Responsabilidades al final de este formulario.
- Ha revisado las instrucciones al comienzo de este formulario para ver si requiere una entrevista para su re-evaluación.
- Devuelva o envíe al Departamento este formulario junto con todas la verificaciones necesarias.

Correo: Self Reliance Programs
PO Box 83720
Boise, ID 83720-0026

Fax: 1-866-434-8278

Correo electrónico: mybenefits@dhw.idaho.gov

Si usted no completa todos estos pasos puede que sus beneficios se retarden o sean terminados.

Derechos y Responsabilidades

ENTIENDO QUE...

- Puedo ser sancionado y requerido a devolver cualquier beneficio que reciba si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o criminales en mi contra, incluyendo el ser enjuiciado.
- Autorizo a que el Departamento de Salud y Bienestar obtenga, use y divulgue mi información. Entiendo que la información es necesaria para proveer beneficios o servicios, para obtener pago por beneficios o servicios y para las operaciones de negocios normales del Departamento.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en casos en donde el Departamento ya haya usado y divulgado mi información contando con este consentimiento. Si revoco este consentimiento el Departamento no puede proveerme más beneficios ni servicios.
- Comprendo que seré notificado de mi derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación.
- Mi firma certifica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.
- Mi firma certifica que el estado de ciudadanía o inmigración declarado es correcto para cada niño/persona que esté solicitando beneficios.
- Para recibir asistencia con alimentos (Food Stamps) puede que sea requerido a participar en programas de trabajo. Si no lo hago, puede que mis beneficios disminuyan o terminen.
- Puedo ser requerido a cooperar con agentes estatales o federales que se aseguran de que mis beneficios sean correctos. Puede que no sea elegible para recibir beneficios si no coopero.
- Al solicitar beneficios para un menor de edad se debe de abrir un caso para la manutención del niño cuando sea aplicable.
- Si recibo un pago de Manutención de Niños por error, los servicios de manutención de niños (Child Support) retendrán cualquier pago futuro para recobrar la cantidad pagada en exceso a menos que yo someta instrucciones escritas indicando lo contrario.
- Si un tercero es responsable por mi enfermedad o daño, doy al plan de salud de Idaho cualquier derecho que yo pueda tener o pueda adquirir en el futuro, de ser compensado por dicha tercera parte implicada por cualquier beneficio médico que yo reciba.
- Mi firma, o la firma de mi representante, autoriza a las oficinas del Estado a comunicarse con las compañías de seguro cuando se relacione con mi asistencia médica.
- Tengo el derecho de escoger a un Doctor de Cuidados Primarios a través de Conexiones Saludables, de solicitar ser remitido a diferentes servicios y de cambiar de doctor o clínica si mis circunstancias cambian.
- Si se determina que soy elegible para un plan de salud de Idaho, lo escogeré basado en mis necesidades de salud, a menos que indique de otra manera a mi trabajador de auto ayuda.
- Si recibo Medicaid después de la edad de 55 años, puede que mis bienes sean usados para recobrar gastos médicos pagados en mi beneficio y a que cualquier transferencia de bienes sea dejada a margen por una corte si yo no recibo un valor adecuado.
- He leído y comprendo las opciones de los planes y que tal vez sea responsable por pagar parte del costo de mi plan de salud.
- Se requiere que yo reporte cambios en mis circunstancias, incluyendo ingresos, bienes y cambios de vivienda dentro de un plazo de 10 días a partir de que el cambio ocurra.

FIRME - DEBE SER COMPLETADO

So pena de perjurio, juro y afirmo que la información que proporciono es fidedigna y completa. Mi firma confirma que he leído y entiendo mis Derechos y Responsabilidades en esta página.

Firma del solicitante	Fecha
Firma de otro adulto en la casa	Fecha

Personal / Representante Autorizado

Puede autorizar a otra persona para que solicite los beneficios a su nombre y use los beneficios de los cupones de alimentos para comprar los alimentos por usted. Los Representantes Autorizados también pueden reportar y obtener información sobre sus beneficios. Si usted quiere autorizar a otra persona, anote abajo su nombre, teléfono y dirección. Si su representante autorizado nos reporta información incorrecta y como consecuencia usted pierde el derecho a recibir beneficios, usted tendrá que reembolsarnos los beneficios recibidos.

Nombre del representante	Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Código
Firma del representante autorizado	Fecha		