



State of New Jersey
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DIVISION OF MEDICAL ASSISTANCE AND HEALTH SERVICES

CHRISTINE TODD WHITMAN
Governor

MICHELE K. GUHL
Commissioner
MARGARET A. MURRAY
Director

MEDICAID COMMUNICATION NO. 00-8

DATE: April 26, 2000

TO: County Welfare Agency Directors

SUBJECT: Spanish translation of Form PA-1G-NJR2 (Redetermination Form)

In reference to Medicaid Communication 98-7, dated March 6, 1998, attached please find the Spanish translation of Form PA-1G-NJR2 (Redetermination Form). Please utilize this version of the form as appropriate.

The form has been formalized and may be utilized upon availability of supplies. As in the past, responsibility for the reproduction and dissemination of the form remains with the counties. Enclosed is a copy of this form on diskette for your convenience in accomplishing these tasks.

Questions concerning this communication should be referred to the Bureau of Eligibility Policy at (609) 588-2556.

Sincerely,

Margaret A. Murray
Director

MAM:Sa
Attachment

C: Christine Grant, Commissioner
William Conroy, Deputy Commissioner
Department of Health and Senior Services

David Heins, Director
Division of Family Development

Charles Venti, Director
Division of Youth and Family Services



**DIVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA Y SERVICIOS DE LA SALUD DE NEW JERSEY
PROGRAMAS DE MEDICAID**

SOLICITUD Y DECLARACIÓN JURADA PARA CONTINUAR RECIBIENDO ASISTENCIA MÉDICA (PERSONAS MAYORES, CIEGAS O DISCAPACITADAS), CUIDADO INSTITUCIONAL, CCPED, ACCAP, SERVICIOS DE HOSPICIO O PROGRAMAS DE EXONERACIÓN DE MEDICAID

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ NO. DE CASO: _____
DOMICILIO: _____
AGENTE AUTORIZADO: _____ TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____

IMPORTANTE: La ley prohíbe que se duplique la asistencia. Los solicitantes que reciben Medicaid por medio del programa de Ingresos de Seguridad Suplementaria (SSI, siglas en inglés) no son elegibles para recibir asistencia médica por medio de este programa.

INSTRUCCIONES: Este formulario lo debe completar el solicitante siempre que sea posible. Si es necesario que otra persona que no es el solicitante llene o ayude a llenar el formulario, tenga presente que la palabra "usted" se refiere al solicitante. **POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.**

Nota: La presentación de número de seguro social (SSN, siglas en inglés) es obligatoria según la ley 42 USC 1320b-7. Sus SSN se usarán para verificar la identidad de los miembros de su hogar, prevenir la doble participación y asegurar que son elegibles para obtener Medicaid. Estos procedimientos se diseñaron para identificar a personas que participan en programas de Medicaid de forma fraudulenta o ilícita. Dichas personas pueden estar sujetas a un proceso criminal en su contra, reclamos administrativos y/o la posible pérdida de todo beneficio.

1. Nombre del solicitante _____ No. de SS _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

2. Dirección postal: _____ No. de tel.: _____
(Indicarla sólo si es distinta a la dirección dada arriba)

3. Ingresos: Indique la fuente y la última cantidad mensual o si se recibió una sola vez, indique el intervalo o fecha de recibo. El ingreso incluye pero no se limita al ingreso laboral, beneficios del Seguro Social, beneficios de veteranos, pensiones, ayuda económica ordenada por la corte, pensión alimenticia, pagos de un fondo fiduciario, alquiler de propiedades, beneficios de fondos anuales, ganancias, intereses/dividendos de acciones, bonos, cuentas bancarias, etc. Adjunte una copia del último cheque que recibió u otra forma de verificación aceptable.

<u>Fuente</u>	<u>Última cantidad mensual</u>	<u>Beneficiario</u>
---------------	--------------------------------	---------------------

4. Recursos: Escriba el nombre de la propiedad o artículo, ubicación, número de cuenta o número de certificado (o la información de identificación) y su valor estimado al mes pasado. Esto incluye, aunque no se limita a cuentas de ahorro, cuentas corrientes, certificados de depósito, fondos fiduciarios, cuentas IRA/Keogh, bonos del tesoro de EE.UU., propiedad o hipoteca o tierras, fondo para cubrir necesidades personales (Personal Needs Allowance Fund), fondo para arreglos funerarios, herencias, etc. Adjunte una copia de la última verificación del valor del artículo.

<u>Nombre del artículo/propiedad</u>	<u>Ubicación</u>	<u>Número de cuenta</u>	<u>Valor actual</u>
--------------------------------------	------------------	-------------------------	---------------------

5. ¿Ha usted solicitado, iniciado o detenido los beneficios de SSI desde la última verificación de su elegibilidad?
Sí ☐ No ☐ Si contestó sí, explique:

6. ¿Tiene usted planes de seguir viviendo en New Jersey? Sí ☐ No ☐ Si contestó no, explique:

7. Escriba el nombre de los otros miembros de su hogar y el parentesco o relación que tienen con usted. Si la persona es su cónyuge, indique la cantidad mensual y fuente de ingreso del cónyuge, así como los bienes o propiedades que tiene a su nombre. Adjunte una verificación de su ingreso y/o recursos.

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco/relación</u>	<u>Ingreso/recursos (si es cónyuge)</u>
---------------	----------------------------	---

8. ¿Ha recibido facturas médicas que no ha pagado, desde la última determinación de elegibilidad? ☐ No ☐ Sí
Si contestó sí, explique y adjunte copias de la factura y el formulario de Explicación de Beneficios que recibió de la compañía de seguro médico:

9. ¿Usted o su cónyuge han comprado, vendido, transferido o regalado alguna propiedad desde la última determinación de su elegibilidad? ☐ No ☐ Sí
Si contestó sí, explique:

10. Indique los cambios que se han producido desde la última determinación de su elegibilidad, o que usted anticipe que se van a producir en el próximo año. Marque todas las casillas que se apliquen a su caso, y describa brevemente el cambio actual o anticipado. Escriba en una hoja de papel aparte si necesita más espacio para la explicación.

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Estado civil	<input type="checkbox"/> Seguro de salud	<input type="checkbox"/> Discapacidad
<input type="checkbox"/> Liquidación de recursos	<input type="checkbox"/> Ingreso	<input type="checkbox"/> Miembros del hogar	<input type="checkbox"/> Empleo
<input type="checkbox"/> Arreglos funerarios	<input type="checkbox"/> Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Litigio	<input type="checkbox"/> Otro

ANTES DE FIRMAR, LEA LA DECLARACIÓN SIGUIENTE. SI NO ENTIENDE O SI TIENE ALGUNA PREGUNTA
!!!POR FAVOR HÁGALA!!!

- ❖ Acepto que las declaraciones presentadas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Yo sé que mentir acerca de mi situación, no dar la información necesaria o hacer que otras personas no divulguen cierta información es contra la ley y que se me puede enjuiciar por esto.
- ❖ Entiendo que la Junta de Servicios Sociales del condado y/u otras entidades u oficiales de la División de Asistencia Médica y Servicios de la Salud (DMAHS, siglas en inglés) puede verificar cualquier información proporcionada.
- ❖ Por la presente autorizo a la Junta de Servicios Sociales del condado y/o a la DMAHS del estado a ponerse en contacto con cualquier persona u otra fuente que tenga conocimiento de mis circunstancias (incluyendo registros de la Superintendencia de Contribuciones, registros de Salario y Beneficios del Seguro Social, registros de Salario Estatal y Desempleo y/o servicios de informes de crédito), con el único propósito de verificar las declaraciones que he hecho.
- ❖ Sé que cualquier información que proporcione se usará solo en conexión con mi solicitud, y obtención, de beneficios de Medicaid.
- ❖ Sé que los beneficios de Medicaid que se reciben después de la edad de 55 años pueden ser reembolsables al estado de New Jersey y se obtendrán de mis propiedades.
- ❖ Estoy de acuerdo con informar a la Junta de Servicios Sociales del condado y/o al la DMAHS del estado acerca de cualquier cambio de vivienda, situación familiar o dinero que reciba. Si estoy discapacitado, también estoy de acuerdo con informar cualquier mejora en mi condición médica.
- ❖ Entiendo que como condición de elegibilidad para la asistencia médica se considera que le he asignado al Comisionado de Servicios Humanos todos los derechos de apoyo a la atención médica, según lo determine una corte o agencia administrativa. Asimismo, cualquier derecho al pago de atención médica por parte de terceros.
- ❖ Entiendo que puedo solicitar un audiencia imparcial si no me siento satisfecho con alguna acción por parte de la Junta de Servicios Sociales del condado y/o al la DMAHS del estado.
- ❖ Entiendo que no se discriminará en mi contra por causa de raza, color, religión, sexo, discapacidad, origen nacional o estado civil, paternal o de nacimiento.
- ❖ Al firmar a continuación, yo confirmo que he leído estas declaraciones y que comprendo sin lugar a dudas que la Junta de Servicios Sociales del condado y/o al la División de Asistencia Médica y Servicios de la Salud del estado dependen de la veracidad y precisión de mis declaraciones.

(Firma del solicitante o nombre en letra de imprenta si va firmada por el representante autorizado)

(Fecha)

(Firma del representante autorizado)

(Fecha)

(Parentesco/relación con el solicitante)

(Testigo) – (Sólo es necesario si se firma en persona durante una entrevista en la oficina de la Junta de Servicios Sociales del condado o la oficina de ISS)

(Fecha)