Para Borrar

Departamento de Medicaid Ohio

Determinación de Período de Cobertura de Medicaid Restringido

No. de Caso	Fecha
Nombre del Caso	Condado
Dirección	Tarifa de Pago Privada Promedio (mensual)
Ciudad, estado, zona postal	Fecha de inicio de la elegibilidad de Medicaid

Transferencia(s) Inapropiada(s)*

Fecha de la transferencia	Propietario (en el momento de la transferencia)	Artículo transferido	Monto transferido

* Utilice el reverso del formulario para transferencias inapropiadas adicionales

Monto Total Transferido $_____
(Incluye transferencias del reverso del formulario)

Transferencias del 8 de febrero de 2006 o con posterioridad a dicha fecha

Paso 1

(a) Monto total transferido $_____
(b) Dividir por la tarifa de pago privada promedio ÷ $_____
(c) Cantidad de meses en el período de multa = _____

Paso 2

(a) Tarifa de pago privada promedio $_____
(b) Multiplicar por la cantidad de meses completos del Paso I(c) × _____
(c) Monto de la multa por meses completos = $_____

Paso 3

(a) Cantidad total transferida del Paso I (a) $_____
(b) Restar la cantidad del Paso 2(c) - $_____
(c) Monto de la multa mensual parcial restante = $_____

Paso 4

Sumar el monto del Paso 3(c) al presupuesto de responsabilidad del paciente. Este es el costo de atención del individuo por el último mes de cobertura restringida.

$_____

Período de Cobertura Restringida

_____ Hasta _____ _____

Primer mes/ Año Completo — Último mes/ Año Completo — Último Mes/ Año (parcial)

Trabajador de Elegibilidad	Distrito/ Identificación	No. de Teléfono

Transferencia Inapropiada

Fecha de la Transferencia	Propietario(a) (en el momento de la transferencia	Artículo transferido	Cantidad Transferida