

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONSTANCIAS REQUERIDAS PARA LA REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID

Nombre del grupo cubierto	Fecha de la solicitud/revisión	Número de caso	Fecha de la entrevista	2.ª fecha de notificación
---------------------------	--------------------------------	----------------	------------------------	---------------------------

Las condiciones de elegibilidad deben verificarse antes de que el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares (Department of Job and Family Services) del condado pueda determinar la elegibilidad para Medicaid de conformidad con el capítulo 5101:1-38 del Código Administrativo. Las constancias que debe proporcionar están marcadas a continuación. Si tiene dificultades para obtener las constancias, comuníquese conmigo de inmediato para recibir asistencia.

Constancias que aún se requieren	Documento requerido (si corresponde)
<input type="checkbox"/> Constancia de ciudadanía (certificado de nacimiento original, pasaporte con identificación estatal, etc.) o comprobante de extranjero calificado	_____
<input type="checkbox"/> Facturas y recibos de servicios públicos.	_____
<input type="checkbox"/> Constancia de ingresos (talón de pago, registro tributario, carta de adjudicación, manutención infantil, beneficios por desempleo, indemnización laboral).	_____
<input type="checkbox"/> Recibo de renta/hipoteca	_____
<input type="checkbox"/> Comprobante de costos de cuidado infantil/de dependientes.	_____
<input type="checkbox"/> Comprobante de cualquier manutención infantil pagada para hijos que no vivan con usted.	_____
<input type="checkbox"/> Comprobante de pagos realizados a personas que no vivan con usted, pero que estén declaradas como dependientes a los fines del Servicio de Impuestos Internos (IRS).	_____
<input type="checkbox"/> Estados de cuentas bancarias recientes (cuenta corriente, cuenta de cooperativa de crédito, cuenta de ahorros, etc.).	_____
<input type="checkbox"/> Comprobante del valor en efectivo de acciones/bonos, certificados de depósito, seguros de vida, fideicomisos, rentas, cuentas de jubilación, etc.	_____
<input type="checkbox"/> Titularidad de vehículos automotores.	_____
<input type="checkbox"/> Tarjeta del seguro de salud: copia del frente y del dorso.	_____
<input type="checkbox"/> Embarazo médicamente comprobado (cantidad de fetos).	_____
<input type="checkbox"/> Formulario(s) médico(s) completado(s) por un médico.	_____
<input type="checkbox"/> Comprobante de costos médicos familiares en concepto de atención a personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años (incluidas las recetas).	_____
<input type="checkbox"/> Facturas médicas pasadas/retroactivas.	_____
<input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio.	_____
<input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____	_____

Debemos recibir las constancias mencionadas arriba antes del _____. Si no contamos con la información o las constancias requeridas antes de esta fecha, es posible que su solicitud sea denegada o que sus beneficios actuales se interrumpan.

Informe sobre cualquier cambio de dirección o información de contacto en el espacio proporcionado a continuación:

Envíe todas las constancias en el sobre proporcionado o envíelas a la dirección postal, al correo electrónico o al número de fax que se indican a continuación:

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		Número de fax	
Nombre del trabajador del caso	Fecha	Distrito	Número de teléfono