



You can get this notice in English, or in another way that's best for you. Call us at **1-787-641-4224** (TTY: 1-787-625-6955).

Usted puede obtener esta notificación en inglés, o en otro formato que sea mejor para usted. Llámenos al **1-787-641-4224** (TTY: 1-787-625-6955).

Número de caso:

Fecha de la carta:

Solicitud de Recertificación de Medicaid

1. Dirección		
Dirección postal actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nueva dirección postal:
Dirección física actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nueva dirección física:
Número de teléfono actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nuevo número de teléfono:
Dirección correo electrónico actual:	<input type="checkbox"/> No Cambió	Nueva dirección de correo electrónico:

2. Miembros del núcleo familiar	
Revise los nombres a continuación e indique 'Sí' o 'No' si todavía viven o no con usted.	
MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR 3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR 4	<input type="checkbox"/> _Sí_ <input type="checkbox"/> _No
MIEMBRO DEL NÚCLEO FAMILIAR 5	<input type="checkbox"/> _Sí_ <input type="checkbox"/> _No

EXAMPLE

Enumere la información de cualquier persona nueva que se haya mudado a su casa.

Nombre Legal	Fecha de nacimiento (días/mes/año)	SS	Relación	Género (M/F)	Estatus de Ciudadanía	Estado Civil	Estado Estudiantil (a Tiempo Completo/ Parcial)	Fecha de parto (días/mes/año)	Solicitando (Sí/No)

3. Plan Médico Privado

- Su información actual de Plan Médico Privado en la siguiente tabla:
- ¿Alguien en su hogar ha cambiado, iniciado o cancelado su plan médico privado? __Sí __No
- Si respondió ‘Sí’ a cualquiera de las preguntas anteriores, complete los campos a continuación y proporcione evidencia.

Número de Póliza	Compañía Aseguradora	Dirección Compañía Aseguradora	Persona(s) Cubiertas	Fecha de Comienzo (días/mes/año)	Si se canceló, fecha de cancelación (días/mes/año)	Pago de Póliza

4. Recursos

- La cantidad total de recursos del núcleo familiar reportados es de \$ _____
- ¿Cuál es el monto total de dinero efectivo, cuentas bancarias, acciones o bonos de todos los miembros del núcleo familiar en este momento, ingrese el monto total: \$ _____

5. Ingreso Ganado del Núcleo Familiar

- El ingreso bruto del núcleo familiar actual (antes de impuestos) es de \$ _____
- ¿Ha cambiado el ingreso obtenido del núcleo familiar (incluyendo el ingreso por el trabajo por cuenta propia)? __Sí __No
- ¿Alguien ha tenido un cambio en los ingresos (incluyendo los ingresos del trabajo por cuenta propia) por qué cambiaron, comenzaron o detuvieron un trabajo? __Sí __No

Si respondió 'Sí' a cualquiera de las preguntas anteriores, complete la casilla a continuación y proporcione evidencias

Nombre del miembro núcleo familiar	Nombre del Patrono	Dirección del Patrono	Frecuencia de Pago	¿El ingreso varia? (Sí/No)	Plan Médico	FICA	Impuesto

- Si alguien en el núcleo familiar trabaja por cuenta propia, complete la siguiente información.
- Debe proporcionar una evidencia de los ingresos recibidos y todos los gastos.

Nombre del miembro núcleo familiar	Nombre del Negocio	Dirección del Negocio	Ingreso bruto del año	Gasto de operación para generar ingresos	Ingreso neto para el año

6. Ingreso No Ganado del Núcleo Familiar

Algunos ejemplos de ingresos no ganados son los pagos de Pensión Alimentaria, Desempleo, Seguro Social, Contribución sobre Ingresos, Jubilación, Ingresos de Inmuebles (casas, apartamentos, etc) de Alquiler, etc.

- El ingreso bruto no ganado de su hogar (antes de impuestos) es de \$ _____
- ¿Ha cambiado la fuente de los ingresos brutos no ganados de su hogar, o ha cambiado la cantidad? Sí No

En caso afirmativo, debe incluir una prueba y enumerar la fuente y los ingresos mensuales a continuación.

Nombre del miembro núcleo familiar	Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual

Derechos y Responsabilidades

Yo, renuncio y reconozco que cualquier derecho de reembolso o remuneración, pago de prima incorrecto o cualquier otro pago no mencionado, relacionado a mis gastos médicos o los de cualquier otro miembro de mi hogar. Reconozco y acepto, mi deber de colaborar con el Departamento de Salud de Puerto Rico y/o con la Unidad de Anti-Fraude con toda información que sea de mi conocimiento y necesaria para identificar, manejar, y/o recuperar desembolsos incorrectos o improcedentes

Si alguno de los solicitantes, resulta elegible para beneficios, reconozco y acepto mi deber de cooperar con la agencia encargada del cobro de dinero por sustento médico sobre el padre ausente. Puedo solicitar detener o rechazar la cooperación, siempre y cuando tenga un temor infundado acerca de que la cooperación puede afectarme a mi o a algunos de mis hijos. Ante esto, debo notificar a Medicaid y posiblemente no tenga que cooperar.

Autorización y Certificación

Reconozco que acorde con la regulación federal vigente debo proporcionar mi número de Seguro Social y el de todos los que solicitan en conjunto en la misma solicitud, de este ser el caso, que desean recibir cubierta médica. Esto es un requisito de elegibilidad de los

beneficios recibidos por el Programa de Medicaid de Puerto Rico. Autorizo al Programa de Medicaid de Puerto Rico a que utilice toda la información provista en esta solicitud, incluyendo mi número de Seguro Social y el de todas las personas incluidas en esta solicitud. Por otro lado, autorizo a que se intercambie mi información con las agencias públicas estatales y federales y/o con entidades privadas con el propósito de confirmar los ingresos, los recursos, la composición del hogar y el estatus migratorio de los miembros. Reconozco y autorizo al Programa Medicaid de Puerto Rico a que solicite información al Departamento de Hacienda, Departamento de Transportación y Obras Públicas, al Departamento de la Familia, al Servicio Interno de Ganancias (IRS), al Departamento de Seguridad Nacional, la Administración del Seguro Social y cualquier otra entidad. Entiendo, que el Programa de Medicaid Puerto Rico puede verificar mi reporte de crédito y el de las demás personas incluidas en esta solicitud, a través de agencias autorizadas.

Certifico que las respuestas a las preguntas de esta solicitud del Programa Medicaid de Puerto Rico son correctas. Reconozco que puedo estar sujeto a sanciones tanto a nivel federal como estatal, si proporciono información falsa, que incluye el deber de devolver los fondos otorgados a mi nombre.

Advertencia Legal

Alterar, modificar, añadir fechas de emisión, eficacia o terminación o la reproducción en cualquier forma de la identificación del Plan de Salud del Gobierno para obtener servicios fraudulentos, constituye una violación de la ley. Ninguna persona puede comprar, obtener o usar una tarjeta de identificación del Plan de Salud del Gobierno sin ser certificada como elegible a través del Programa Medicaid de Puerto Rico. La transferencia o el préstamo de una tarjeta de identificación del Plan de Salud del Gobierno a otra persona está prohibido por ley. Cada beneficiario certificado como elegible por el Programa Medicaid de Puerto Rico debe ser el único usuario de la Tarjeta de Identificación del Plan de Salud del Gobierno que se le haya emitido, en la que aparecerán identificados con su nombre legal.

Es una obligación del beneficiario suscrito informar al Programa Medicaid de Puerto Rico de cualquier cambio que afecte a cualquier persona en la solicitud que sea elegible. Esto incluye cambios tales como un aumento o disminución de ingresos o recursos, cambio de residencia, cobertura bajo cualquier otro seguro de salud, cambios en la composición familiar (como por muerte o nacimiento de un nuevo hijo), o cualquier otro cambio que pueda afectar su Elegibilidad. El beneficiario deberá informar de dichos cambios en un plazo de 30 días a partir de la ocurrencia de dicho cambio. Los cambios pueden ser reportados por el beneficiario en cualquier oficina local del Programa Medicaid de Puerto Rico, o también pueden ser reportados mediante correo o fax regular. Si el beneficiario opta por el método regular de correo o fax, es responsabilidad del beneficiario conservar pruebas de la transacción.

Cualquier persona que incurra en un acto fraudulento con el propósito de obtener beneficios proporcionados por el Programa Medicaid de Puerto Rico será excluida como participante y será referida a la Unidad Antifraude de Medicaid de Puerto Rico, y/o al Departamento federal de Justicia.

El Programa Medicaid de Puerto Rico no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o discapacidad.

Solicitud de Recertificación Medicaid

Número de Caso:

Fecha de Notificación:

Página 7 a la 7

Nombre Impreso

Firma de Miembro del Núcleo Familiar o Representante

Fecha

EXAMPLE