

FORMULARIO SUPLEMENTAL DE CALFRESH PARA DEDUCCIONES MÉDICAS ESPECIALES

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____

Este formulario es para deducciones médicas especiales para cualquier miembro del hogar de CalFresh que es de edad avanzada o incapacitado/discapacitado. Para saber qué significa cuando decimos "de edad avanzada o incapacitado/discapacitado", vea la siguiente página.

¿Es usted, o alguien con quien compra o prepara comida, de edad avanzada (60 años o más) o es una persona incapacitada/discapacitada que tiene algún gasto médico que paga de su bolsa? Sí No

Si la respuesta es "Sí", por favor marque todas las casillas del tipo de gasto médico que son pertinentes en los ejemplos anotados a continuación (es posible que algunos no estén anotados). Anote todos los gastos que usted espera tener durante el período de certificación. Por favor complete la sección a continuación y adjunte las facturas, recibos o pruebas de los gastos.

NOTA: No anote a esposos(as) o niños que reciben pagos por ser dependientes de un beneficiario de la Administración del Seguro Social (SSA), Administración de Veteranos (VA), etc. Los gastos médicos que se permiten son:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado médico o dental | <input type="checkbox"/> Primas de pólizas de seguros de salud y hospitalización | <input type="checkbox"/> Primas de Medicare (seguro médico federal) (parte del costo de Medi-Cal [Programa de Asistencia Médica de California], etc.) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos que se pueden comprar sin receta pero que han sido recetados | <input type="checkbox"/> Suministros y equipos médicos recetados | <input type="checkbox"/> Gastos (comida y facturas de veterinario, etc.) relacionados a animales de servicio (es decir, perros guía para personas que no ven o no oyen) |
| <input type="checkbox"/> Dentaduras, aparatos auditivos, y prótesis | <input type="checkbox"/> Costo de transporte (millaje o cuota) para ir a tratamiento o servicios | <input type="checkbox"/> Costo de alojamiento para recibir tratamiento o servicios médicos |
| <input type="checkbox"/> Lentes o lentes de contacto recetados | <input type="checkbox"/> Número y costo de las comidas que se le proporcionan a un asistente | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Mantener a un asistente que es necesario debido a edad, enfermedad, o dolencia | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados | |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización o tratamiento de consulta externa/cuidado de enfermería (<i>nursing care</i>) | | |

Nombre de la persona de edad avanzada o persona incapacitada/discapacitada	¿Qué tipo de gasto? (recetas, dentaduras, # de comidas para el asistente, etc.)	Cantidad del gasto	¿Con qué frecuencia se paga? (mensual, semanalmente, otro)	¿Van a reembolsar al hogar por alguno de los gastos médicos? (por Medi-Cal, compañía aseguradora, etc.)
		\$		Si la respuesta es "Sí", ¿por quién?: ¿Cuánto? \$
		\$		Si la respuesta es "Sí", ¿por quién?: ¿Cuánto? \$
		\$		Si la respuesta es "Sí", ¿por quién?: ¿Cuánto? \$
		\$		Si la respuesta es "Sí", ¿por quién?: ¿Cuánto? \$
		\$		Si la respuesta es "Sí", ¿por quién?: ¿Cuánto? \$

El formulario suplemental para deducciones médicas especiales es para cualquier miembro del hogar de CalFresh que es de edad avanzada o está incapacitado/discapacitado.

Cuando decimos “de edad avanzada”, nos referimos a una persona que tiene 60 años de edad o más.

Cuando decimos “incapacitado/discapacitado”, nos referimos a una persona que está recibiendo:

- 1) Pagos de la Administración del Seguro Social (SSA) por incapacidad/discapacidad (que no sean Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado [SSI/SSP] o de la Administración de Veteranos [VA]; O
- 2) Beneficios de jubilación por incapacidad/discapacidad de una agencia del gobierno federal, estatal, o local, o de la Pensión de Jubilación del Ferrocarril (*Railroad Retirement Board*); O
- 3) Servicios de Medi-Cal debido a una incapacidad/discapacidad; O
- 4) Asistencia provisional/asistencia general de emergencia mientras está esperando recibir SSI/SSP debido a una incapacidad/discapacidad **aprobada** por la Administración del Seguro Social.

Ejemplos de verificaciones:

- Facturas o recibos médicos
- Facturas o recibos de transporte médico
- Pólizas o primas de seguro de salud o dental
- Tarjeta de Medicare (*solamente para Medi-Cal*)
- Declaración de un médico o constatación de incapacidad/discapacidad por una agencia (SSA/SDI/VA, etc.)
- Formulario de verificación médica (CW 61 - “Autorización para divulgar información médica”)