

PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

SOLICITUD SUPLEMENTAL PARA DEDUCCIONES MEDICAS ESPECIALES

INSTRUCCIONES – La solicitud es para deducciones médicas especiales para cualquier miembro del grupo para fines de estampillas para comida que sea anciano o esté discapacitado. Vea el reverso de esta hoja para ver lo que queremos decir cuando decimos "anciano o discapacitado." NO mencione a esposos(as) ni a niños que reciben pagos para personas que dependen de otras, provenientes de la Administración del Seguro Social (SSA), la Administración de Beneficios para Veteranos (VA), etc.

SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME

1	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CLASE DE BENEFICIO QUE SE RECIBE (COMO LOS DE LA SSA, VA, FERROCARRIL, ETC.)	PROBLEMA MEDICO O CONDICION QUE REQUIERE ATENCION
		/ /		
		/ /		
		/ /		

2 Dé la siguiente información **SOLAMENTE** en relación a las personas enumeradas arriba. Anote todos los gastos que espera tener durante el periodo de certificación. Prepare su cálculo aproximado basándose en los gastos médicos actuales. Adjunte las cuentas o pruebas de los gastos que ha tenido en relación a los miembros del grupo que se mencionan arriba.

TIPO DE GASTO MEDICO	MIEMBROS DEL GRUPO QUE RECIBEN LOS SERVICIOS	TOTAL DE GASTOS MEDICOS	TOTAL DE GASTOS MENSUALES	¿SE HARA RESPONSABLE DEL PAGO ALGUIEN QUE NO SEA MIEMBRO DEL GRUPO? (es decir MEDI-CAL*, algún SEGURO, etc.)
a. Cuidado médico o dental proporcionado por un profesional autorizado.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b. Tratamiento dentro o fuera del hospital y cuidado proporcionado por una enfermera.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c. Medicinas recetadas.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d. Primas de pólizas de seguro de salud y de hospitalización.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e. Primas de Medicare**: parte del costo de Medi-Cal y/o prueba de gastos relacionados al proceso de reducción o conversión de bienes para poder recibir asistencia pública				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
f. Dentaduras postizas, aparatos para sordera y prótesis. Equipo y suministros médicos recetados.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
g. Gastos de animal guía (es decir, perro para ciegos o sordos), incluyendo el gasto de la comida del perro y cuentas del veterinario.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
h. Anteojos y lentes de contacto, recetados por un doctor u optometrista.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
i. Gastos de transporte y alojamiento para obtener tratamiento o servicios médicos.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
j. Mantenimiento de un ayudante necesario debido a la edad, enfermedad o debilidad.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
k. El número y costo de las comidas proporcionadas a un ayudante.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
l. Otro (especifique).				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ADVERTENCIA EN RELACION A SANCIONES

Usted o cualquier miembro de su grupo que intencionalmente dé información incorrecta, podrá ser enjuiciado y sancionado con una multa, encarcelamiento o ambos. Las sanciones pueden resultar en que se le descalifique del programa, multas hasta \$250,000 o encarcelamiento hasta por 20 años. Las sanciones de descalificación son de 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación.

Certifico que entiendo las preguntas contenidas en este formulario. También entiendo que (1) la información que he proporcionado será examinada y verificada por personal local, del estado y federal; (2) es posible que el grupo entero, cualquier miembro adulto del mismo (aun si se muda del hogar), el patrocinador de un miembro extranjero del grupo o el representante autorizado de personas que sean residentes de una institución elegible, tenga que reembolsar beneficios extras que el grupo no debió haber recibido, aun cuando sea culpa del condado; (3) le daré al condado pruebas de mis gastos o el nombre de la persona u organización con la cual el condado se puede poner en contacto para obtener las pruebas si yo no puedo conseguir las.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.

*Medi-Cal: Programa de Asistencia Médica de California

**Medicare: seguro médico federal

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO O REPRESENTANTE AUTORIZADO)			FECHA
TESTIGO, SI USTED FIRMO CON UNA "X"	FECHA	FIRMA DEL TRABAJADOR ENTREVISTADOR	FECHA

La solicitud para deducciones médicas especiales es para cualquier miembro del grupo para fines de estampillas para comida que sea anciano o esté discapacitado.

Cuando decimos "anciano", queremos decir cualquier persona de 60 años de edad o mayor.

Cuando decimos "discapacitado", queremos decir cualquier persona que esté recibiendo:

- (1) pagos por discapacidad provenientes de la Administración del Seguro Social (SSA) (que no sean Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)) o provenientes de la Administración de Beneficios para Veteranos (VA); O
- (2) beneficios de jubilación por discapacidad provenientes de alguna oficina del gobierno federal, estatal o local, o provenientes de la Directiva Ferroviaria de Jubilación; O
- (3) servicios de Medi-Cal a causa de una discapacidad; O
- (4) asistencia provisional/ayuda general de emergencia mientras que espera comenzar a recibir SSI/SSP a causa de una discapacidad **aprobada** por la Administración del Seguro Social.