

RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE

(SOLO PARA USO DE MISP)

(No escriba en esta pagina)

Las siguientes verificaciones deberan de ser entregadas antes de: _____

**LAS COPIAS DE LOS DOCUMENTOS PUEDEN SER ENVIADAS POR CORREO A:
MISP**

**P.O. BOX 9610, MORENO VALLEY, CALIFORNIA 92552-9610 TELEFONO: (951) 486-5400
PERMITA DE 30 A 45 DÍAS PARA UNA RESPUESTA A TODO LO ENVIADO**

RESIDENCIA EN EL CONDADO:

Usted debe comprobar que ha estado viviendo en el Condado de Riverside por un mínimo de 30 días. Todas las verificaciones de Residencia **DEBEN** estar fechadas por mas de 30 días antes de la fecha de los servicios recibidos o de la aplicación.

Los documentos que podemos aceptar son **copias de uno de los siguientes:**

- 1) Correspondencia en el nombre del aplicante con la dirección de su casa.
- 2) Recibos de los servicios públicos en nombre del aplicante del mes anterior a la aplicación o a la fecha de los servicios.
- 3) Contrato de renta en nombre del aplicante con recibos (para verificar la cantidad de meses que vive en esa dirección).
- 4) **Otro:** _____

IDENTIFICACIÓN

Requerimos que presente un documento de identificación.

Los documentos que podemos aceptar son **copias de uno de los siguientes:**

- 1) Licencia de conducir.
- 2) Identificación válida del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV).
- 3) **Otro:** _____

SEGURO SOCIAL Y/O ACTA DE NACIMIENTO

Requerimos que presente **una copia** de su tarjeta del Seguro Social o el recibo de reemplazo **y/o** su acta de nacimiento.

PARA LAS PERSONAS QUE DECLARAN ESTADO DE INMIGRACIÓN.

Debe presentar prueba de su estado de Inmigración, por ejemplo **copias de:**

- 1) Tarjeta de Residencia Permanente, Permiso de Trabajo, Pasaporte, Visa o Pase para Cruzar la Frontera.
- 2) Recibo de la aplicación para la Tarjeta de Residencia, prueba de la Petición del I.N.S, un recibo diciendo que ha aplicado para estado legal de inmigración y/o una extensión de su tarjeta actual.

PRUEBA DE SUS INGRESOS O DE SOSTENIMIENTO:

Debe presentar prueba de sus ingresos, de su esposo(a), su pareja y de todos sus dependientes viviendo con usted.

Los documentos que podemos aceptar son **copias de uno de los siguientes que aplica a su situación:**

Si trabaja:

- 1) Los talones de cheques mas recientes de su esposo(a)/de su pareja y todos sus dependientes que cubran 4 semanas de trabajo.
- 2) Una carta de su empleo escrita en hoja membretada con el nombre de la compañía donde trabaja con su sueldo mensual en bruto.

Si trabaja por su cuenta:

- 1) **Copia** de los Impuestos del año anterior o una carta del I.R.S declarando que este año no declaró sus impuestos y el ultimo año en que los declaró.
- 2) Los presupuestos trimestrales de los meses de: _____, _____, _____
- 3) **Copias** completas de todas sus cuentas de banco de los meses de: _____, _____

CONTINUA AL REVERSO

Si no trabaja, copias de:

- 1) Carta de sostenimiento de un familiar o amigo que le proporcionan casa, comida y/o dinero en efectivo. **(MISP le proporciona la forma)**
- 2) Los talones de cheque de la oficina del desempleo mas recientes, negación de beneficios, una declaración del último día que usted trabajó o una prueba de su aplicación para los beneficios.
- 3) Talones de cheque mas recientes de la oficina de Incapacidad/Compensación del Trabajo, una carta con la cantidad otorgada que recibirá al mes o prueba de su aplicación.
- 4) Comprobante de sus ingresos mensuales de retiro, pensión o del Seguro Social.

Otro, Copias de:

- 1) Comprobante de pagos o ingresos de pensión por divorcio con orden de la corte.
- 2) Comprobante de pagos o ingresos para mantenimiento de sus hijos con orden de la corte.
- 3) Comprobante de pagos del AFDC/CAL-WORKS, Ayuda en General (GR), Estampillas de comida, pago del cuidado de niños a través del Condado y/o Asistencia monetaria.
- 4) Una carta de su último empleador en hoja membretada declarando la fecha del último día en que usted trabajó.

SEGURO MÉDICO: Si usted, su esposo(a) o pareja trabajan, deberán verificar si se les ofrece Seguro Médico en sus trabajos. **(MISP le proporciona la forma).**

ESTADO DE CUENTA BANCARIA

Deberá presentar **copias completas** y mas recientes de todas sus cuentas del banco, de Ahorros, Cheques o CD's (Certificado de Depositos).

Otro: Cuentas de IRA, 401K, Fondos Mutuales, Póliza de Seguro de vida, Renta Vitalicia (anualidad), Inversiones.

PARA LAS PERSONAS QUE HAN APLICADO PARA SSI (SEGURO SUPLEMENTAL), SSD (SEGURO DE INCAPACIDAD) O MEDI-CAL.

Tendra que presentar el estado de su aplicación para SSI ,SSD, MEDI-CAL (incluyendo la fecha de las acciones mas recientes). Documentos aceptables son **copias de lo siguiente:**

- 1) La documentación más reciente de la oficina del Seguro Social. Esto incluye, aplicaciones, negaciones, apelaciones o carta de aceptación.
- 2) Una carta de referencia para aplicar a Medi-Cal de incapacidad (DAPD) firmada por la trabajadora de elegibilidad. **(MISP le proporciona la forma)**
- 3) Prueba de aplicación o del caso activo de Medi-Cal restringido. **(La tarjeta BIC no es aceptable)**
- 4) Carta de incapacidad: El motivo y la duración de su incapacidad escrita por un Doctor/Médico.
- 5) **Otro:** _____

FORMA COMPLETA DE RESPONSABILIDAD DE TERCERAS PERSONAS/GRUPOS (MISP le proporciona la forma)

INGRESOS ADICIONALES: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA: _____

“ES POSIBLE QUE MISP LE PIDA TRAER MAS INFORMACIÓN DESPUES DE REVISAR SU CASO”.

COPIA PARA EL CLIENTE

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

- Yo entiendo que puedo retirar mi aplicación para MISP o suspender mi elegibilidad de MISP llenando la forma de Solicitud Voluntaria de Retiro de la Aplicación.
- Yo entiendo que una vez que someta mi aplicación esta pasa a ser propiedad del Condado de Riverside y será puesta en mi archivo de MISP.
- Yo entiendo que MISP puede revocar, cambiar y/o negar mi elegibilidad en cualquier momento. (Usted será notificado(a) por escrito de cualquier cambio en su elegibilidad). Usted puede solicitar que se revise el estado de su elegibilidad llamando o escribiendo a la oficina de MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles de trabajo despues de la fecha de ésta notificación.
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles de trabajo, de aplicaciones nuevas para cualquier otro programa(s), una nueva actividad en mi caso de Medi-Cal,SSI o SSD. Yo entiendo que si no cumplo en informar a MISP de estos cambios **mi elegibilidad para MISP será negada.**
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de diez (10) días hábiles de trabajo si hay cambios en mis (o de la persona a quien represento) ingresos (que aumenten o disminuyan), propiedades (compradas o vendidas), gastos, el número de personas que viven en mi hogar o cualquier cambio en mi dirección.
- Yo entiendo que mis declaraciones para elegibilidad seran sujetas a verificación contactando a mi empleador, banco, verificación de credito, busqueda de propiedades y otros programas gubernamentales como Medi-Cal, beneficios para Veteranos,etc.
- Yo autorizo la publicación de cualquier información necesaria para verificar mi elegibilidad.
- Yo entiendo que conforme a la ley, se requiere al Condado mantener en forma confidencial toda la información que yo he proporcionado.
- Yo además estoy de acuerdo, tomando en consideración haber recibido atención médica como resultado de un accidente o lesión, que reembolsare al Condado en caso de que yo reciba pago como resultado de algun litigio o convenio monetario que provenga de dicho accidente o lesión.
- Yo entiendo que basandose en mi habilidad financiera, podría ser requerido(a) a pagar una porción del costo de los servicios médicos.
- Yo certifico que la información antes mencionada es exacta y completa y autorizo a que la información médica necesaria sea revelada al administrador o sus representantes para que mi elegibilidad sea procesada o para ejecutar una revisión de utilización. Una fotocopia de esta autorización es válida como la original.
- Yo entiendo que si mi aplicación es negada, el primer paso a tomar para apelar la negación es contactar a un Supervisor de MISP al (951) 486-4600 para hacer una cita con el Supervisor de Apelaciones.
La apelación no le garantiza elegibilidad.
- Yo entiendo que debo aplicar a cualquier otra clase de seguro, incluyendo seguro médico.
- Yo declaro que he recibido una copia de estos derechos y responsabilidades.
- Yo declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento.
- Yo entiendo que si no cumplo con traer las verificaciones antes de la fecha indicada se me puede negar la elegibilidad

Yo entiendo que si yo, en forma deliberada hago declaraciones falsas o retengo información, yo (o la persona a quien represento) pudiera perder la elegibilidad, y ser responsable por todos los gastos médicos incurridos y/o ser procesado por fraude.

Riverside County
Programa de Servicios Médicos para Indigentes (MISP)
Aplicación para Servicios

MR# _____ - _____ - _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
 No de Seguro Social o Pseudo _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ - _____
Mes Día Año **Edad**

Sexo: Masculino Femenino

Apellido de soltera de su Madre: _____

Ciudad donde Nació _____ Estado donde Nació _____ País donde Nació _____

Dirección: _____
 (Donde recibe su correo) Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Dirección: _____
 (si es diferente) Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

() _____ () _____ () _____
 Número de Teléfono Mensaje Número de Celular

Por favor marque lo que aplica a su caso: “TODAS LAS PREGUNTAS EN LA APLICACIÓN DEBEN DE CONTESTARSE”

- | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <u>Idioma:</u> | <u>Educación:</u> | | |
| 01 Inglés | 00 Ninguna | 04 Preparatoria incompleta | 08 Grado de Asociado (+) |
| 02 Español | 01 Primaria incompleta | 05 Graduado de preparatoria | 09 Graduado de Colegio |
| 03 Otro | 02 Graduado de primaria | 06 Atendiendo Colegio | 10 Grado avanzado |
| | 03 Graduado de secundaria | 07 Grado de Asociado (AA) | 11 Colegio incompleto |

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| <u>Estado Civil:</u> | <u>Etnicidad:</u> | |
| 01 Soltero | 01 Blanco | 07 Filipino |
| 02 Casado Legalmente | 02 Hispano | 08 Otro |
| 03 Separado | 03 Negro | |
| 04 Divorciado | 04 Asiatico | |
| 05 Viudo | 05 Nativo Americano | |

Ocupación actual:

Ocupación de su esposo(a) o pareja:

¿Ha vivido en el Condado de Riverside por mas de treinta (30) días? [] Sí [] No

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? [] Sí [] No

Si **NO ES** Ciudadano de Estados Unidos,

¿Tiene **1)** tarjeta de Residencia permanente ó **2)** Permiso de Trabajo? [] Sí [] No (Si contesta Sí, Marque cuál)

¿Tiene Pasaporte de otro país, Visa de turista o Pase para Cruzar la Frontera? [] Sí [] No (Si contesta Sí, Marque cuál)

¿Se ha hecho una Petición para obtener su Residencia Legal [] Sí [] No

¿Esta usted embarazada? [] Sí [] No ¿Ha estado embarazada durante éste mes? [] Sí [] No

¿Tiene usted o su esposo(a) Nietos o algún otro Pariente menor de 21 años viviendo con usted y los **Padres Naturales** están ausentes del hogar? [] Sí [] No

¿Tiene usted, su esposo(a) o su pareja hijos menores de 21 años viviendo en su casa, y está el padre o la madre fallecidos, incapacitados, desempleados o ausentes del hogar? [] Sí [] No

¿Esta recibiendo pagos o ha aplicado para los siguientes beneficios? (MARQUE TODOS LOS PROGRAMAS)

Sí No

APLICACIÓN:

[] [] Incapacidad del Seguro Social (SSD)	Fecha _____	Estado Actual _____
[] [] Ingresos del Seguro Suplemental (SSI)	Fecha _____	Estado Actual _____
[] [] Medi-Cal	Fecha _____	Estado Actual _____
[] [] Medi-Care	Fecha _____	Estado Actual _____
[] [] Ingresos de Incapacidad del Estado (SDI)	Fecha _____	Estado Actual _____

¿Le **OFRECEN** a usted, su esposo(a) o su pareja Seguro Médico en alguno de sus trabajos? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", Nombre del Seguro # de póliza Pago Mensual
\$ _____

¿Tiene usted, su esposo(a), su pareja o alguien en su casa Seguro Médico Privado? [] Sí [] No

¿Lo reclama alguien como dependiente en los Impuestos Anuales (Taxes)? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", Nombre de la persona que lo(a) reclama: _____

¿Es usted estudiante de tiempo completo? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", ¿esta usted cubierto(a) bajo el Seguro Médico de sus padres? [] Sí [] No

¿Esta usted viviendo en un Centro de Rehabilitación, Misión, en una Casa de Refugio o un Centro de Sobriedad? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", Nombre del lugar: _____ Fecha que ingresó: _____

¿Ha recibido servicios médicos o ha visitado un cuarto de emergencia recientemente? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", Nombre del lugar: _____ Fecha: _____

¿Son sus heridas el resultado de un accidente o de un delito reportado? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", explique: _____

¿Esta usted pidiendo asistencia médica debido a un accidente en el trabajo? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", explique: _____

¿A solicitado alguien en su hogar el programa de MISP? [] Sí [] No

Si contesto "Sí", Nombre: _____ Parentesco: _____

Anóte a **TODAS LAS PERSONAS VIVIENDO EN LA CASA DONDE USTED VIVE** incluyéndose usted, su esposo(a), su pareja y sus dependientes.

<u>Nombres y Apellidos</u>	<u>No de Seguro Social</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Parentesco</u>
1.		M/F		
2.		M/F		
3.		M/F		
4.		M/F		
5.		M/F		
6.		M/F		
7.		M/F		
8.		M/F		
9.		M/F		

¿Está usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes trabajando? Sí No

Persona trabajando	Cada cuanto tiempo le pagan	Horas trabajadas por semana	Días trabajados por semana	Ingresos brutos por mes
1)				
2)				
Nombre de la Compañía		Dirección de la Compañía		
1)				
2)				

Fecha cuando empezó a trabajar para esa compañía: _____

¿Cuándo fue la última vez que declaró sus impuestos anuales (Taxes)? _____

¿Esta usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes trabajando por su cuenta? Sí No

Persona trabajando	Tipo de Negocio	¿Negocio en Casa?	Ingresos estimados al mes después de gastos del negocio
1)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de su Negocio		Dirección de su Negocio	

1)	
2)	

¿Ha trabajado alguna vez? Sí No

¿Puede usted trabajar? Sí No Si contesto "No", ¿Desde cuándo esta incapacitado? _____

¿El motivo? _____

¿Cuánto tiempo anticipa que no va a poder trabajar? _____

¿Cuál es la razón por la cual dejó su último trabajo? _____

Si esta desempleado, ¿cuándo fué su último día de trabajo? _____

¿Paga usted, su esposo(a) o su pareja pensión para mantener a sus hijos menores o para su ex esposo(a) bajo un decreto de orden de corte o basado en un convenio con la oficina de la Fiscalía? Sí No

Si contesto "Sí", ¿Cuánto paga por mes? \$ _____.

¿A quien le paga? _____

La fecha de su último pago: _____

¿Paga usted su esposo(a) o su pareja gastos por el cuidado de niños? Sí No ¿Cantidad por mes? \$ _____

¿Recibe usted su esposo(a), su pareja o alguno de su dependientes los ingresos siguientes? **(Marque todos)**

Clase	Si	No	Persona que recibe los ingresos	Cantidad al mes
Asistencia Pública/Ayuda de Vivienda				\$
Estampillas de comida				\$
AFDC/CAL-WORKS o Foster Care				\$
Seguro Social (SSA) de Retiro				\$
Pensión o Retiro (tipo)				\$
Ingresos del Desempleo				\$
Seguro de Incapacidad, Clase:				\$
Beneficios de Veteranos o de Viudez				\$
Sostenimiento de su ex esposo(a)				\$
Ingresos de Intereses, Dividendos o de abonos				\$
Ingresos de Seguro Suplemental (SSI)				\$
Incapacidad del Seguro Social (SSD)				\$
Prestamos o Subvención para atender al Colegio				\$
Ingresos de renta: (renta de cuartos, casas etc)				\$
Ingresos de sostenimiento para sus hijos menores				\$

¿Tiene usted su esposo(a), su pareja o sus dependientes bienes raíces, casas, tierras, edificios?
(APARTE DE LA CASA EN DONDE USTED VIVE) Sí No

Si contesto "Sí", indique el valor completo de la "segunda" propiedad (de su recibo de impuestos de propiedad) \$ _____

¿Cuánto debe? \$ _____ ¿Cantidad que paga al mes? \$ _____

¿Ingresos mensuales que recibe de la renta de su "segunda" propiedad? \$ _____

Mencione una lista de los gastos anuales de la “segunda” propiedad, incluya pagos de intereses, impuestos, utilidades, seguro, reparaciones y mantenimiento:

\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

¿Han comprado o vendido (usted, su esposo(a), su pareja o sus dependientes) alguna propiedad (casa /terreno) en los últimos 12 meses?

[] Sí [] NO 1) Comprado 2) Vendido ← (Marque cuál) Explique: _____

¿Tiene usted su esposo(a), su pareja o sus dependientes uno o más de los artículos mencionados abajo?

(CONTESTE TODO)

<u>Artículo</u>	Sí	No	Nombre de la Persona que es dueño(a) del artículo o de la cuenta	Valor o cantidad	Cantidad que aún debe	Valor neto
Dinero que trae con usted o tiene en su casa.						
1ra Cuenta de Banco, Clase: Ahorros, Cheques, CD's (Marque cuál) Nombre del Banco: _____						
2da Cuenta de Banco, Clase: Ahorros, Cheques, CD's (Marque cuál) Nombre del Banco: _____						
Cuenta de IRA, Acciones, Bonos, Fondos Mutuales, 401K (Marque cuál)						
Seguro de Vida: Esposo _____ Esposa _____						
1er Automóvil: carro, camioneta, SUV Pago mensual: \$ _____ Pagado: _____ Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ Seguro del carro al mes: \$ _____						
2do Automóvil: carro, camioneta, SUV Pago mensual: \$ _____ Pagado: _____ Marca: _____ Año: _____ Modelo: _____ Seguro del carro al mes: \$ _____						
Lancha, Remolque, Camper. (Marque cuál) Pago mensual: \$ _____ Marca: _____ Año: _____						
¿Tiene Ganado? (caballos, vacas, etc) Valor: \$ _____						
Tarjetas de Credito: Balance \$ _____ Pagos mensuales: \$ _____ Limite de su credito \$ _____						

¿Cuánto paga al mes por la **hipoteca** de su casa o de **renta** \$ _____ (Marque cuál)

¿Cuánto paga al mes por servicios públicos? (luz, agua, teléfono, etc) \$ _____ (Aproximadamente)

¿Tiene dinero en efectivo con usted o en su casa? Sí No \$ _____
cantidad

<p>Mencione todos sus problemas médicos y/o síntomas:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Haga una lista de todos los medicamentos que esta tomando:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>MISP Office Use Only</p> <p>Total Personal Property Net Value \$ _____</p> <p>Less Property Limit \$ _____</p> <p>Property Liability \$ _____</p> <p>Divide by 12 \$ _____</p> <p>1 Person \$1,700 2 Persons \$2,550 3 Persons \$2,700 Additional \$150 per person</p>
--	--

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

- Entiendo que puedo retirar mi aplicación para MISP o suspender mi elegibilidad de MISP llenando la forma de Solicitud Voluntaria de Retiro de Aplicación.
- Yo entiendo que una vez que someta mi aplicación, esta pasa a ser propiedad del Condado de Riverside.
- Yo entiendo que MISP puede revocar, cambiar y/o negar mi elegibilidad en cualquier momento. (Usted será notificado(a) por escrito de cualquier cambio en su elegibilidad). Usted puede solicitar que se revise el estado de su elegibilidad llamando o escribiendo a la oficina de MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles de trabajo después de la fecha de ésta notificación.
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de los primeros diez (10) días hábiles de trabajo de aplicaciones nuevas para cualquier otro programa(s), una nueva actividad en mi caso de Medi-Cal, SSI o SSD. Yo entiendo que si no cumplo en informar a MISP de estos cambios **mi elegibilidad para MISP será negada.**
- Yo estoy de acuerdo en notificar a MISP dentro de diez (10) días hábiles de trabajo si hay cambios en mi (o de la persona a quien represento) en los ingresos (que aumenten o disminuyan), propiedades (compradas o vendidas), gastos, el número de personas que viven en mi hogar o cualquier cambio de dirección.
- Yo entiendo que mis declaraciones para elegibilidad serán sujetas a verificación contactando a mi empleador, banco, verificación de crédito, búsqueda de propiedades y otros programas gubernamentales como Medi-Cal, beneficios para Veteranos etc.
- Yo autorizo la publicación de cualquier información necesaria para verificar mi elegibilidad.
- Yo entiendo que conforme a la ley, se le requiere al Condado mantener en forma confidencial toda la información que yo he proporcionado.
- Yo además estoy de acuerdo, tomando en consideración haber recibido atención médica como resultado de un accidente o lesión, que reembolsare al Condado en caso de que yo reciba pago como resultado de algún litigio o convenio monetario que provenga de dicho accidente o lesión.
- Yo entiendo que basándose en mi habilidad financiera, podría ser requerido(a) a pagar una porción del costo de los servicios médicos.
- Yo certifico que la información antes mencionada es exacta y completa y autorizo a que la información médica necesaria sea revelada al administrador o sus representantes para que mi elegibilidad sea procesada o para ejecutar revisión de utilización. Una fotocopia de esta autorización es valida como la original
- Yo entiendo que si mi aplicación es negada, el primer paso a tomar para apelar la negación es contactar a un Supervisor de MISP al (951) 486-4600 para hacer una cita con el Supervisor de Apelaciones.
La apelación no le garantiza elegibilidad.
- Yo entiendo que debo aplicar para cualquier otro seguro, incluyendo seguro médico.
- Yo declaro que he recibido una copia de estos derechos y responsabilidades.
- Yo declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas según mi mejor conocimiento.
- Yo entiendo que si no cumplo con traer las verificaciones antes de la fecha indicada se me puede negar elegibilidad.

Yo entiendo que si yo, en forma deliberada hago declaraciones falsas o retengo información, yo (o la persona a quien represento) pudiera perder la elegibilidad, y ser responsable por todos los gastos médicos incurridos y/o ser procesado(a) por fraude.

Nombre del aplicante: _____
o representante **Anote su nombre** **Firma** **Fecha**

Si usted es el/la representante, ¿cuál es su relación con el/la aplicante? _____

