Spanish

ESTADO DE NUEVA YORK

OFICINA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

www.opwdd.ny.gov

RESPONDER A:

FECHA:
NOMBRE:
N.° TABS

Estimado(a):

Se ingresó a nuestro sistema de atención a la persona mencionada anteriormente. Le solicitamos que nos brinde información para determinar o revisar la elegibilidad del individuo para acceder a diferentes programas de beneficios federales y estatales (Seguro Social, Medicaid, etc.) y para desarrollar fuentes de reembolso (seguro, capacidad personal del individuo, etc.) por los servicios prestados.

Las personas que resultaron elegibles para la OPWDD y deseen recibir los servicios que financia Medicaid deben presentar una solicitud a Medicaid y a todos los demás beneficios para los que pudieran resultar elegibles. Además, aquellos que deseen recibir los servicios que brinda la OPWDD, financiados a través de la exención de los Servicios basados en el hogar y la comunidad, deben solicitar y calificar para ser inscritos en la exención de los servicios mencionados.

Proporcione la información que se solicita en el formulario de la manera más completa posible y envíelo dentro de las próximas dos semanas. No deje espacios en blanco, escriba NO, NINGUNO, NO SABE o NO CORRESPONDE (NC) según sea necesario. Si no tiene espacio suficiente para responder, adjunte una hoja con la información adicional. **Adjunte fotocopias del certificado de nacimiento, de la tarjeta de Seguro Social, del pasaporte, del certificado de matrimonio o sentencia de divorcio según corresponda, y la documentación relacionada con los ingresos, los activos y el seguros según indicó en el formulario.** Si envía un documento original, le sacaremos fotocopia para guardar en nuestros registros y le devolveremos el original.

Si la persona cumple con los requisitos de elegibilidad será suscrito a Medicaid. Para su información, adjuntamos un aviso sobre la EXPLICACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA TRANSFERENCIA DE ACTIVOS SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA MÉDICA.

La sección 43.05 de la Ley de Higiene Mental exige que cualquier persona u organización que cuente con información acerca de individuos que reciben servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo deben suministrar dicha información, según se solicite. Toda la información que se brinde acerca de un individuo está sujeta a verificación a través de los programas de cotejo de datos de las agencias estatales y federales, por ejemplo la Administración del Seguro Social.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, no dude en llamarme al teléfono que se menciona más arriba. Le agradecemos su colaboración.

_____
AGENTE DE RECURSOS Y REEMBOLSOS

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información clínica y los registros de pago que correspondan a las personas que reciben asistencia de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) son confidenciales y no se pueden utilizar ni divulgar a menos que se cuente con la autorización correspondiente según lo establece la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York en los artículos 33.13 y 33.16 y según la Norma de Privacidad federal de la HIPAA (45 CFR 164).

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL INDIVIDUO

Nombre completo	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social
Lugar de nacimiento (ciudad, estado) (adjunte una copia del certificado de nacimiento de la persona.)		¿Es veterano de guerra de Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO

Estado civil	Nombre del cónyuge	Fecha y lugar de matrimonio/divorcio

¿Es ciudadano estadounidense ☐ SÍ ☐ NO

Si NO, informe el número de registro de residente de la persona, la fecha de ingreso al país y el puerto de entrada. Adjunte una copia de ambos lados de la tarjeta de registro de residente extranjero y cualquier otro documento que acredite su residencia legal.

¿Se ha designado judicialmente a un tutor legal, un tutor sustituto o en lista de espera, un guardián o un comité?
☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, informe el nombre y dirección. Adjunte copias de los documentos legales.

B. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE LA PERSONA

¿Alguna vez trabajó o percibió un salario (incluso salarios por talleres de trabajo)? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿La persona trabaja en la actualidad? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, complete la información que se solicita a continuación sobre el empleador actual y cualquier otro empleador que haya tenido durante los últimos 3 meses

Empleador	Dirección

¿La persona cuenta con algún tipo de ingreso? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente.

Fuente de ingreso	¿Quién es el beneficiario?	N.º de reclamación	Monto mensual
SEGURO SOCIAL			$
INGRESO DE SEGURO SUPLEMENTARIO (SSI)			$
JUBILACIÓN PARA FERROVIARIOS			$
BENEFICIO PARA VETERANOS			$
PENSIÓN INFANTIL (adjunte copia de la orden judicial)			$
OTRO entre los que se incluyen anualidad del Servicio Civil, seguro de desempleo, derechos sobre un fondo fiduciario, pago por orden judicial, pago del Programa nacional para compensación de daños por vacunas, subsidios por adopción, dividendos. Especifique:			$

C. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE LA PERSONA

¿La persona vendió, entregó o transfirió dinero en efectivo, bienes inmuebles u otros activos en últimos 60 meses?
☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, adjunte una hoja donde se detalle el tipo de activo, el valor, la persona a la que se le realizó la venta, entrega o transferencia, la fecha de la transacción y el monto de la venta del activo.

¿El individuo tiene activos en algún fideicomiso o recibió pagos de fideicomisos constituidos con el fin de beneficiarlo?
☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta es afirmativa, adjunte una fotocopia del documento de fideicomiso o detalles relacionados con el mismo, incluso la procedencia del dinero, el nombre del agente fiduciario, la ubicación del fideicomiso, el número de cuenta y el valor del fideicomiso.

C. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE LA PERSONA (continuación)

¿La persona tiene cuentas bancarias (cuenta de ahorro, cuenta corriente, etc.) o cuentas en una cooperativa de crédito?
☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente. (Si es necesario, adjunte una hoja)

Tipo de cuenta (cuenta de ahorro, cuenta corriente, otra)	Cuenta 1	Cuenta 2
Nombre y dirección del banco		
N.º cuenta		
Titularidad de la cuenta		
Nombre de la persona que recibe los informes de estado de cuenta del banco o la libreta de ahorro		

¿La persona es titular de un certificado de depósito, una anualidad, un plan de 401 (k) o alguna otra cuenta de retiro? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, adjunte una hoja con los detalles.	¿La persona tiene dinero en efectivo? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, indique el monto: $
¿Posee acciones, bonos u otros valores? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, adjunte una hoja con los detalles.	¿La persona tiene derechos sobre bienes inmuebles? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, adjunte una hoja con los detalles.
¿La persona tiene un fondo de sepelio? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, adjunte una hoja con los detalles.	¿La persona tiene algún otro activo? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, adjunte una hoja con los detalles.

¿La persona cuenta con un contrato funerario prepagado, fondos para gastos de entierro, un lote en el cementerio u otro tipo de parcela o espacio destinado para el sepelio?
☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, indique los detalles a continuación y adjunte una fotocopia del contrato.

D. INGRESOS O ACTIVOS A FUTURO DE LA PERSONA

¿El individuo espera recibir, o tiene derechos o posibles derechos sobre alguno de los ítems que se detallan a continuación?
Si alguna de las respuestas es afirmativa, especifique y adjunte a continuación una hoja con los detalles, si es necesario.

FONDO FIDUCIARIO ☐ SÍ ☐ NO	ACUERDO POR DEMANDA ☐ SÍ ☐ NO
HERENCIA ☐ SÍ ☐ NO	OTROS ☐ SÍ ☐ NO

E. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE VIDA DE LA PERSONA

¿La persona cuenta con un seguro de vida? ☐ Sí ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, complete lo siguiente:

Nombre y dirección de la compañía de seguro	
N.º de póliza	Valor nominal $
Nombre y dirección del titular de la póliza	

F. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD DE LA PERSONA

¿La persona tiene Medicare? ☐ SÍ ☐ NO	Fecha de vigencia	N.º de reclamación
Parte A Seguro de hospital ☐ SÍ ☐ NO		
Parte B Seguro médico ☐ SÍ ☐ NO		
Parte D Plan de medicamentos con receta médica ☐ SÍ ☐ NO		
Plan Medicare Advantage ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, proporcione información relacionada con el plan en el espacio que aparece a continuación		
Plan Medicare Advantage nombre, dirección y teléfono		

¿La persona cuenta con la cobertura de un plan de salud? ☐ Sí ☐ NO Si la respuesta es afirmativa, adjunte una copia del certificado del seguro, de la póliza, del folleto o la tarjeta (de ambos lados) y complete la siguiente información:

Nombre y dirección de la compañía de seguro		
N.º póliza	N.º de grupo	Otros elementos que sirvan para la identificación
Vigencia de la cobertura	Nombre de la persona que suscribe	
Si la cobertura del seguro de salud se realiza a través de un plan grupal, indique el nombre y la dirección del grupo o del empleador		

G. INFORMACIÓN PERSONAL RELACIONADA CON LOS PADRES Y CÓNYUGE DE LA PERSONA

	PADRE	MADRE	CÓNYUGE
Nombre completo/Apellido de soltera			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento (ciudad/estado)			
N.º de Seguro Social			
¿Es ciudadano estadounidense?	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO
¿Es veterano de guerra de Estados Unidos?	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, indique			
N.º de identificación			
N.º de reclamación			
Recibe beneficios por incapacidad/jubilación	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO	☐ SÍ ☐ NO
Fecha en que se declaró la incapacidad o se jubiló			
Fecha y lugar de fallecimiento, si corresponde			

H. REPRESENTANTES FINANCIEROS DE LA PERSONA

¿Alguna otra persona tiene conocimiento de la información financiera relacionada al individuo? ☐ SÍ ☐ NO
Si la respuesta es afirmativa, proporcione la información a continuación o adjunte una lista con los detalles.

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	RELACIÓN

La información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender.

Firma	Fecha
Relación con la persona	Teléfono