



This box to be completed only if the person is in a hospital or nursing home. (Not needed if a health screen is attached.)

Applicant's name _____

Name of facility _____

Address _____

Telephone Number _____

Staff member _____

Date _____

Projected NH Admission Date _____

Hospital Discharge Date _____

PROGRAMA DE CUIDADO EN EL HOGAR PARA LOS ENVEJECIENTES DE CONNECTICUT **FORMA DE SOLICITUD PARA CUIDADO EN EL HOGAR**

El Estado de Connecticut desea darle a usted una oportunidad de quedarse en su hogar en vez de entrar a una clínica de ancianos. Este es el propósito de un programa de cuidado en su hogar llamado el Programa de Cuidado en el Hogar para los Envejecientes de Connecticut. Usted puede averiguar si usted puede calificar para servicios bajo este programa llenando este Formulario.

- Nosotros deseamos estar seguros que todas las personas de 65 años y mayor estén informadas de este programa. Nosotros le pedimos que usted llene, firme y devuelva este formulario aunque usted califica o no para estos servicios. Favor de referirse a la parte de atrás de este formulario para información sobre al nivel de ingreso y bienes del programa para determinar si usted puede calificar para servicios de cuidado en su hogar.
- Se espera que usted solicite para "Medicaid" (asistencia Medica) si usted reúne los criterios financieros. Si usted no reúne los criterios financieros para "Medicaid"; usted pueda que aun sea elegible para servicios de cuidado en su hogar. Favor de referirse a la parte de atrás de este formulario.
- Si su ingreso es menos del límite del programa, pero sus bienes contados actualmente exceden los límites de bienes aplicables, usted puede obtener una evaluación para servicios bajo el Programa de Cuidado en el Hogar cuando usted reduzca sus bienes a el límite. A usted no se le requiere que gaste sus excesos de bienes en cuidado de salud. Usted puede gastarlos en cualquiera mercancia o servicios para usted o su esposo(a). Sin embargo, usted tiene que recibir un valor justo en intercambio de sus excesos de bienes y guardar todos sus recibos. Cuando usted haya reducido sus bienes a el límite requerido del programa, usted puede suministrar otro formulario igual a este, el cual puede obtener llamando a nuestro número de llamada gratis mencionado.
- **Aviso a Parejas Casadas** – Bajo la ley estatal y federal, una pareja casada está permitida a proteger los bienes de la persona quien está viviendo en la comunidad mientras su esposo(a) está asillado(a) o esta residiendo en su casa y necesita el tipo de cuidado que habría de ser proveido en una clínica. Para obtener información general o para solicitar una Tasación de Bienes Desposorios, si usted no tiene uno ya hecho y no está solicitando para servicios de cuidado en su casa, favor de llamar al número gratis 1-800-445-5394 o 1-860-424-4904. Si está solicitando para servicios en su hogar favor de marcar el cuadrado apropiado que está atras de este formulario.
- Usted tiene la obligación de informar en diez (10) días cualquier cambio que ocurra en su ingreso, bienes o de vivienda.
- En ciertos casos se le puede pedir al esposo(a) (casados) a que contribuya al costo de los servicios.
- El Estado tiene el derecho de recobrar dinero de la venta de bienes raices y de la herencia (bienes) del individuo que recibe servicios de este programa incluyendo pago de prima de seguro privado en nombre del individuo.

PREGUNTAS – PROBLEMAS – LLAME A NUESTRO NUMERO DE LLAMADA GRATIS

1-800-445-5394



1-800-445-5394

INFORMACION PERSONAL DEL SOLICITANTE

Nombre _____ Número del Seguro Social _____
Dirección _____
Estado Civil (*marque uno*) Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Teléfono _____ Si no es suyo, ¿de quien es el número? _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo (opcional) Masculino Femenino
Nombre de su Médico _____ Teléfono _____
Nombre de su Agencia de la Salud/Agencia de Cuidado Diurno para Adultos
Agencia _____ Teléfono _____
Número de "Medicaid" _____ Número de "Medicare" _____
¿Tiene una Solicitud Pendiente para Medicaid? Sí No

INFORMACION DE INGRESO Y BIENES

¿QUE ES CONTADO COMO SU INGRESO BRUTO MENSUAL?

Su ingreso total antes de cualquier deducción incluyendo cualquier deducción para la prima de "Medicare".
Cuenta solamente su ingreso y no el de ninguna otra persona. (Si es casado(a), no cuente el ingreso de su esposo(a).)
Cuenta todo el ingreso que usted obtiene regularmente como su salario, pensión, Seguro Social, beneficios de Veteranos, e Ingreso de Seguro Suplemental.

¿CUALES SON SUS BIENES CONTABLES?

NO CUENTE su casa, muebles, pertenencias personales (ropa, joyas) o el vehiculo que es su transportación esencial. También, no cuente:

- **Fondos de Entierro** - Irrevocable hasta \$5,400.00 por cada persona O Revocable hasta \$1,800.00.
- **Cuadro para Entierro** - Para individuos solteros, un cuadro. Para individuos casados, un cuadro para cada esposo(a) y algún otro miembro de la familia bajo ciertas condiciones. La tumba puede incluir la caja, el borde de afuera, y el abrir y cerrar el cuadro/tumba.
- **Pólizas de Seguro de Vida** - Si el total del valor nominal de toda la póliza no exceda de \$1,500.00. (De otro modo cuente el valor efectivo de todas las pólizas.)

CUENTE BIENES QUE SEAN SUYOS O SU ESPOSO(A). Todos los bienes que tengan conjuntamente tienen que ser contados en total como suyos a menos que usted pueda mostrar que ellos pertenecen a otros [no su esposa(a)]. campamento, botes, cuentas en banco/cooperativas (ahorros, cheques, CD, IRA, vacaciones o "Christmas Club"), acciones, fondo fiduciario revocable, bonos, Bonos de Ahorro de los Estados Unidos, valor efectivo de Seguro de Vida con un valor total que exceda de \$1,500.00.

LIMITE DE INGRESO BAJO CATEGORIA SPECIAL "MEDICAID" - \$2,022.00 por mes o menos;
LIMITE DE INGRESO FONDOS DEL ESTADO - Ningun Limite

<u>LIMITES DE BIENES -- CATERORIA ESPECIAL BAJO "MEDICAID"***</u>		<u>FONDOS DEL ESTADO**</u>
Individual --	\$ 1,600.00	Individual -- \$32,868.00
Pareja --	\$ 3,200.00 (ambos recibiendo servicios)	Bienes Combinados de la Pareja -- \$43,824.00
Pareja --	\$23,512.00* (uno recibiendo servicios)	(uno o ambos recibiendo servicios)

* **Una cantidad más alta puede ser permitida si usted tiene una tasación desposoria hecha (vea Aviso para Parejas Casadas al frente de esta forma).**
** **Participación en el programa está basado en la disponibilidad de fondos.**
Si sus ingresos y bienes están dentro de estas cantidades usted pueda que sea elegible para estos servicios.

Favor de Marcar Abajo el Encasillado Apropriado:

- Yo pueda que sea elegible financieramente para servicios de Cuidado en el Hogar y quisiera tener una evaluación. Mi ingreso es \$ _____. Mis bienes son \$ _____. El total de bienes en conjunto con mi esposo(a) o con otra persona son \$ _____.
Si es casado(a): Estoy pidiendo una tasación de bienes para personas casadas para hacer una determinación para ver si necesito los servicios que habrian ser proveidos en una clínica. Sí No (*Vea el frente de este formulario para más información.*)
- Yo no soy elegible y no necesito más información.

X _____
Firma del Solicitante o Marque (X) Fecha Firma del Testigo si Firma con Una "X"

Persona Autorizada a Completar Relación con Dirección/Número de Teléfono
Forma a Beneficio del Solicitante Solicitante

NOTA: Si usted está en el hospital, devuelva este Formulario al personal del hospital. Si usted no está en el hospital envíelo a Department of Social Services, Alternate Care Unit 11th floor, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033. Para más asistencia o preguntas usted puede llamar a nuestro número de llamadas gratis 1-800-445-5394.