

**FORMULARIO PARA COMUNICARLE SU DERECHO PRESUNTO**

**(Presumptive Eligibility Transmittal Form)**

**SECCIÓN I: SERÁ LLENADO POR EL PROVEEDOR**

NOMBRE Y NÚMERO DEL PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Se ha determinado que usted tiene derecho temporal a Medicaid. Usted debe presentarse en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) del Condado de \_\_\_\_\_ u otra oficina local designada para solicitar Medicaid, antes del \_\_\_\_\_. Si usted **no** hace la solicitud para Medicaid antes de esa fecha, su derecho a Medicaid cesará el último día de ese mes. El Medicaid temporal cubrirá todos los servicios relacionados con su embarazo, como paciente externa, incluyendo recetas médicas. Los costos del parto no estarán cubiertos a menos que usted solicite ayuda de Medicaid y siempre que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) determine que usted tiene derecho al mismo.

Si usted **sí** hace la solicitud para mujeres embarazadas a Medicaid, es posible que usted tenga derecho a recibir la cobertura de Medicaid para todos los servicios relacionados con su embarazo (incluyendo el parto), hasta el final del embarazo y por 60 días posteriores. Sírvase solicitar Medicaid lo antes posible para que no pierda posibles beneficios y así podrá estar cubierta por Medicaid durante todo el embarazo.

Al reverso de esta página se indica la información que el Departamento de Servicios Sociales necesitará para determinar si usted tiene derecho o no a cobertura temporal de Medicaid. Si no tiene toda esa información, lleve la documentación que tenga.

**SECCIÓN II: SERÁ LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS) DEL CONDADO**

CONDADO DE \_\_\_\_\_ MID \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ 1. No hizo la solicitud antes del \_\_\_\_\_. Se autoriza el derecho presunto del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ 2. Sí hizo la solicitud antes del \_\_\_\_\_. Fecha de la solicitud es \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ 3. La solicitud a Medicaid se:

\_\_\_\_ aprueba. Se autoriza derecho a Medicaid a partir del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ niega/retira, debido a \_\_\_\_\_

Se autoriza el derecho presunto del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Asistente Social para el mantenimiento del ingreso

### **Información que tendrá que presentar al Departamento de Servicios Sociales (DSS)**

1. Certificado de nacimiento u otro documento que indique su edad.
2. Talones de pago del sueldo/salario para el mes anterior, tanto para usted como para su marido o el padre del niño no nacido (si vive en el mismo hogar).
3. Su propia tarjeta o número del Seguro Social.

Nota: Toda persona que solicite Medicaid o beneficios del Programa Health Choice (Opciones de Salud) debe dar su número de seguro social. Si usted no tiene número de seguro social, debe tramitarlo para recibir los beneficios. LA PERSONA QUE SOLICITE EXCLUSIVAMENTE SERVICIOS DE EMERGENCIA DE MEDICAID NO TIENE QUE DAR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.

### **INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE FORMULARIO**

1. Saque cuatro (4) copias: original y 1 copia para el DSS del condado  
Una copia para el proveedor  
Una copia para el paciente
2. Ponga el nombre del paciente, el nombre y número de identificación del proveedor y la fecha en que se llena el formulario.
3. Escriba la División de Servicios Sociales(DSS) del condado apropiado. Este debe ser el condado donde el paciente reside.
4. Escriba la fecha. Será el último día laboral del mes siguiente al mes en que se firma el formulario para determinar el derecho presunto.
5. Déle una copia al paciente.
6. Envíe el original y una copia al DSS del condado a más tardar, cinco días después de la fecha en que se firmó el formulario para determinar el derecho presunto.
7. Guarde una copia para sus archivos.