

Solicitud M-AF (Suplemento 2)

Para uso de padres o cuidadores de niños menores de 19 años de edad, niños entre 19 y 20 años de edad o niños que no cumplen los requisitos para MIC (Medicaid para lactantes y niños) /NC Health Choice.

Nombre	NOMBRE Inicial del segundo nombre Apellido	FECHA DE NACIMIENTO

RECURSOS (PADRES, HIJOS DE 19 Ó 20 AÑOS DE EDAD, HIJOS QUE NO CUMPLEN LOS REQUISITOS DE MIC)
 ¿POSEE ALGO DE LO SIGUIENTE? SÍ NO

FUENTE	SÍ	NO	¿DE QUIÉN Y DÓNDE SE UBICA?	VALOR	VERIFICACIÓN
EFFECTIVO					
CUENTA CORRIENTE					
CUENTA DE AHORROS					
CERTIFICADOS DE DEPÓSITO					
ACCIONES/BONOS					
GRANJAS/NEGOCIOS EQUIPO					
PERTENENCIAS PERSONALES (por ejemplo, barcos, OTROS					

VEHÍCULOS MOTORIZADOS - SÍ NO

MARCA	MODELO	AÑO	PROPIETARIO	VALOR	VERIFICACIÓN

Revisión de la Oficina de Impuestos _____ Año fiscal _____

SEGURO DE VIDA SÍ NO

PROPIETARIO DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO	NOMBRE DEL ASEGURADO

(Use la página 4 para espacio adicional de documentación y de trabajo)

Recursos totales

\$

HOJA DE PRESUPUESTO F/C/

MAF-C / 27.5%

MAF-N, M / MIC

INGRESO BRUTO MENSUAL PERCIBIDO	\$ _____
DEDUCCIONES DE EITC (-)	\$ _____
TOTAL =	\$ _____
X 27.5% = _____	(-) \$ _____
TOTAL NETO PERCIBIDO	\$ _____

PENSIÓN DE ALIMENTOS/ SUSTENTO DE MENORES	\$ _____
OMITIR (-)	\$ _____
APOYO CONTABLE =	\$ _____
TODO LO NO PERCIBIDO (+)	\$ _____
TOTAL NETO NO PERCIBIDO =	\$ _____

TOTAL PERCIBIDO + NO PERCIBIDO =	\$ _____
SUSTENTO DE MENORES/ PENSIÓN DE ALIMENTOS PAGADA POR MIEMBRO B.U. (-)	\$ _____
(DICTADO POR EL TRIBUNAL)	
INGRESO ESTIMADO PARA TRABAJAR EN EL PRIMER CASO (-)	\$ _____
TOTAL DE INGRESOS CONTABLES	= \$ _____

**	
N° EN UNIDAD DE NECESIDADES =	_____
NIVEL DE INGRESOS MAF – CN =	_____
Nota: Si no cumple los requisitos al usar la deducción de 27.5 % y los \$90 de sustento de menores/de adulto son una deducción de ingresos mayor, llene un segundo presupuesto. (Consulte el presupuesto para MAF-N, M y MIC en la siguiente columna.)	

INGRESO BRUTO MENSUAL PERCIBIDO	\$ _____
DEDUCCIONES DE EITC (-)	\$ _____
TOTAL =	\$ _____
GASTOS LABORALES (-)	\$ 90.00
ATENCIÓN DE ADULTOS Y NIÑOS (-)	\$ _____
TOTAL NETO PERCIBIDO	\$ _____

PENSIÓN DE ALIMENTOS/ SUSTENTO DE MENORES	\$ _____
OMITIR (-)	\$ _____
APOYO CONTABLE =	\$ _____
TODO LO NO PERCIBIDO (+)	\$ _____
TOTAL NETO NO PERCIBIDO =	\$ _____

*	
TOTAL PERCIBIDO + NO PERCIBIDO =	\$ _____
SUSTENTO DE MENORES/PENSIÓN DE ALIMENTOS PAGADA POR UN MIEMBRO DE LA UNIDAD DE PRESUPUESTO (BU) (-)	\$ _____
(DICTADO POR EL TRIBUNAL)	
INGRESO ESTIMADO PARA TRABAJAR EN EL PRIMER CASO (-)	\$ _____
TOTAL CONTABLE INGRESOS	= \$ _____

N° EN UNIDAD DE NECESIDADES =	_____
NIVEL DE INGRESOS MAF/ MIC =	_____
➤ SI ESTÁ SOBRE MAF-C , (llene un presupuesto separado para el hijo (MIC) y cantidades deducibles para adultos).	
Total de ingresos contables	\$ _____
Nivel de ingresos MN (-)	_____
Excedente =	_____
Mensual _____	
CANTIDAD DEDUCIBLE	\$ _____

PARENTESCO

	PARENTESCO	* VIVE CON	*No se debe verificar este factor en los lactantes durante el período de posparto.
N° de A.U.	Relación con el titular	¿Vive el niño con el familiar especificado? **Si la respuesta es sí, a continuación escriba el nombre y la relación con el	Verificación – Fecha y método
1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
2		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
3		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
4		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
5		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	

****DEMUESTRE LA RELACIÓN CON EL FAMILIAR ESPECIFICADO SI NO ES EL PADRE:**

Nombre: _____

Relación:

REQUISITOS DE SUSTENTO PARA MENORES

¿ Tiene motivos justificados la cuidadora que está postulando por sí misma por no cooperar?
(Revisión DSS-8104, si corresponde)

SÍ, anote la fecha y la verificación a continuación

NO, anote la fecha y la verificación a continuación

NOTA: Una mujer embarazada que no cumple los requisitos para MPW (Medicaid para mujeres embarazadas) y recibe servicios de Medicaid bajo MAF (Medicaid para la familia) al recibir ayuda para los hijos que no son recién nacidos debe consultar IV-D. No la derive a IV-D si no tiene otros hijos recibiendo Medicaid.

La información contenida con anterioridad y en la solicitud de Medicaid/NCHC es un informe preciso de mis ingresos y recursos.

Solicitante

Fecha

ESPACIO PARA TRABAJAR/DOCUMENTACIÓN: