



Solicitud para el Programa de Atención Domiciliaria

Solicitante: _____ Fecha nacimiento: _____

Cónyuge: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Ingresos (No llene la sección sobre Ingresos para clientes de MassHealth)	Solicitante		Cónyuge	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual
a. Seguro Social				
Medicare/Part B				
b. Alquiler (hoja de alquiler)				
c. Intereses				
d. Dividendos/Anualidades				
e. Pensiones:				
f. Otros:				
g. Otros:				
Subtotales mensuales		x 12 =		x 12 =
Totales anuales				
h. TOTAL				

Por favor lea lo siguiente y firme abajo para constancia de las siguientes declaraciones:

- La anterior información es cierta a mi leal entender y saber.
- Si soy elegible, me comprometo a hacer un co-pago mensual por servicios que no exceda de _____.
- Si yo no cumplo con el co-pago mensual, se podrán terminar mis servicios.
- Entiendo que mis co-pagos mensuales pueden aumentar cada año. Me informarán por escrito por lo menos 30 días antes del aumento de la cuota.

Firmas:

Solicitante: _____ Fecha: _____

Cónyuge: _____ Fecha: _____

Testigo/Representante: _____ Fecha: _____

CM/RN: _____ Fecha: _____

Fecha de determinación: _____ Fecha de notificación: _____

Instituciones Financieras		
Nombre	Dirección	Cantidad
		\$
		\$
		\$

Comentarios: _____

PARA ASAP (FOR ASAP USE)			
<u>Eligibility</u>			
<u>Financial</u>		<u>Applicant</u>	<u>Spouse</u>
<input type="checkbox"/> 1. Voluntary/nonMedicaid	AGE:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 2. Cost sharing/fixed		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 3. Cost sharing/utilization	FIL:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
<input type="checkbox"/> 4. Respite/over income		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
<input type="checkbox"/> 5. Over income	NEED:	<input type="checkbox"/> Eligible	<input type="checkbox"/> Eligible
		<input type="checkbox"/> Ineligible	<input type="checkbox"/> Ineligible
Comments: _____			

