

Formulario de solicitud de cobertura de atención médica retroactiva – MAGI Medicaid

Use este formulario solamente si el solicitante ha llenado una solicitud de cobertura de atención médica.

Solicitante principal / Información del jefe del hogar		
Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Fecha de nacimiento	
Número de identificación ACES de DSHS o número de identificación ProviderOne	Número de identificación de solicitud de Healthplanfinder (si se conoce)	
Miembros del hogar que necesitan cobertura retroactiva		
Nombre	Nombre	
Nombre	Nombre	
Meses retroactivos necesarios, ingresos del hogar, y deducciones		
<p>Liste el/los mes(es) para el/los que es necesaria la cobertura y el ingreso bruto del hogar y las deducciones para cada mes. Si el hogar no tuvo ingresos o deducciones en el mes, escriba “ninguno”.</p> <p>Los ingresos que contamos incluyen: Dinero recibido por empleo, autoempleo, desempleo, seguridad social, pago de dividendos, rentar una propiedad, beneficios de jubilación del ferrocarril, pagos de anualidades/pensiones, manutención por divorcio/conyugal y pagos per cápita por juegos de azar.</p> <p>Las deducciones incluyen: Colegiaturas o cuotas relacionadas con la escuela, contribuciones a cuenta de ahorros de salud, manutención por divorcio/conyugal, intereses de préstamos estudiantiles, gastos de educadores, costos de mudanza desde enero, actividades de producción doméstica, castigos por retiro anticipado de ahorros, pagos a cuenta de retiro antes de impuestos (excluyendo contribuciones Roth IRA), o ciertos gastos de negocios deducibles para reservistas, artistas o funcionarios gubernamentales por honorarios.</p>		
Mes 1:	Total bruto Ingresos del hogar: \$	Total Deducciones: \$
Mes 2:	Total bruto Ingresos del hogar: \$	Total Deducciones: \$
Mes 3:	Total bruto Ingresos del hogar: \$	Total Deducciones: \$
Declaración y firma		
Al firmar debajo, certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender. También comprendo los castigos por presentar información falsa o por romper la ley.		
Firma del solicitante	Fecha	
Firma del representante autorizado (si es aplicable)	Fecha	
Nombre del representante autorizado (AREP)	Organización del AREP	
Dirección de correo electrónico del AREP	Número de teléfono del AREP	

Envíe el formulario contestado a la Autoridad de Atención Médica:

- Por fax al 1-866-841-2267; o
- Por correo a MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531.