Forma MA-1
Rev. 3/79
Rev. 8/82

DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA

SOLICITUD DE BENEFICIOS Y RE-EVALUACION

(Antes de llenar esta forma lea las Instrucciones en la página 4)
Use Letra de Molde

(PARA USO DEL PROGRAMA)
NUMERO DE LA UNIDAD FAMILIAR

PARA USO DEL PROGRAMA – NO ESCRIBA AQUI

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE: SOLICITUD: CAMBIOS Y/O RECERTIFICACIONES			

I. INFORMACION SOBRE LA UNIDAD FAMILIAR

1			2	3	4	5	6			7	8			9	10
NOMBRES Y APELLIDOS EN LA UNIDAD FAMILIAR: –ESPOSOS –HIJOS MENORES DE 21 AÑOS –MENORES DE 21 AÑOS (NO HIJOS) AL CUIDADO DEL JEFE DE LA UNIDAD FAMILIAR.			CIUDADANIA	PARENTESCO CON JEFE UNIDAD FAMILIAR	ESTADO CIVIL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			PUEBLO Y/O PAIS DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL			PRIMER NOMBRE DEL PADRE	PRIMER NOMBRE DE LA MADRE
A APELLIDO PATERNO	B APELLIDO MATERNO	C NOMBRE					DIA	MES	AÑO						
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															

☐ CASADOS ENTRE SI ☐ NO CASADOS

II. DIRECCION RESIDENCIAL Y POSTAL

CALLE Y NUMERO	EDIFICIO Y NUMERO DEL APARTAMENTO	URBANIZACION
BARRIO Y SECTOR	INFORMACION ADICIONAL Y/O NUMERO DE TELEFONO	
APARTADO (BOX) / ESTACION DE CORREOS	PUEBLO	CODIGO POSTAL (ZIP)

INSTRUCCIONES PARA LA PAGINA NUM. 2

SECCION III: Si algún miembro de la unidad familiar ha hecho uso de los servicios en los últimos tres (3) meses favor de indicarlo, según se solicita la información en esta sección.

SECCION IV: Información sobre seguros o planes médicos. Si algún miembro de la unidad familiar tiene algún plan o seguro médico (esto incluye MEDICARE) favor indicarlo en la forma solicitada.

SECCION V: Llene como se indica en encasillado.

III. SI ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA HA HECHO USO DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN LOS ULTIMOS TRES (3) MESES, FAVOR INDICAR LA SIGUIENTE INFORMACION

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DEL SERVICIO	NOMBRE Y DIRECCION DE LA FACILIDAD MEDICA

IV. INFORMACION SOBRE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE ESTAN ASEGURADOS POR PLANES MEDICOS O POR "MEDICARE". *

NOMBRES DE AQUELLOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR QUE TENGAN PLANES MEDICOS INCLUYENDO MEDICARE	SEGUROS Y/O PLANES MEDICOS									
	NOMBRE DEL PLAN MEDICO (EJEMPLO: CRUZ AZUL, SSS, MEDICARE, ETC.)	FECHA DE EXPIRACION		NUMERO DE: -POLIZA -SEGURO O PLAN -O DE MEDICARE	SERVICIOS CUBIERTOS					
					MEDICARE		AMBULATORIO	HOSPITAL	DENTAL	MEDICINAS
		MES	AÑO		A	B				

V. INFORMACION ADICIONAL SOBRE LA CONDICION DE LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR.

NOMBRE Y MARQUE LAS PERSONAS CON CONDICIONES DESCRITAS EN LAS COLUMNAS A LA DERECHA.	DE 65 AÑOS O MAS	CIEGO(A)	INCAPACITADO(A)	DESEMPLEADO(A)	HUERFANO(A)*	PADRE AUSENTE**	

* EL PADRE, LA MADRE O AMBOS MUERTOS

** EL PADRE, LA MADRE O AMBOS AUSENTES

DECLARO: Que lo informado en esta solicitud para Asistencia Médica es lo correcto de acuerdo a mi conocimiento. Acepto las penalidades establecidas por ley cuando voluntariamente se da información falsa con el propósito de obtener indebidamente beneficios de Asistencia Médica. Al efecto autorizo que esta información sea comprobada por la Agencia correspondiente. Reconozco el derecho que me asiste de apelar cuando no se me presta la Asistencia Médica necesaria y/o si en alguna forma se violaran mis derechos. Voluntariamente proveo el número de Seguro Social al Programa de Asistencia Médica para usarse únicamente para asuntos relacionados con la Administración del Programa y accedo a que la Administración del Seguro Social se lo provea con este propósito. Ofreceré información adicional que se me requiera y reportaré cambios en mi situación social y económica.

FIRMA O MARCA SOLICITANTE O REPRESENTANTE	TESTIGO DE LA MARCA	FECHA

(LOS ESPACIOS SIGUIENTES SE USARAN EN FUTURAS RECERTIFICACIONES)

FIRMA O MARCA SOLICITANTE O REPRESENTANTE	TESTIGO DE LA MARCA	FECHA
FIRMA O MARCA SOLICITANTE O REPRESENTANTE	TESTIGO DE LA MARCA	FECHA
FIRMA O MARCA SOLICITANTE O REPRESENTANTE	TESTIGO DE LA MARCA	FECHA

☐ CERTIFICO: Que a base de la información anterior completada con información obtenida en entrevista con ( ) solicitante ( ) el representante del solicitante hago la anterior determinación de elegibilidad en categoría y económica para servicios dentro del Programa de Asistencia Médica.

FIRMA Y TITULO ENTREVISTADOR	FIRMA Y TITULO CERTIFICADOR	FECHA

CAMBIOS Y/O RECERTIFICACIONES:

USE ESTE ESPACIO CUANDO HAYA CAMBIOS EN LA SOLICITUD ORIGINAL Y/O CUANDO SE PRODUZCA UNA RECERTIFICACION SIN CAMBIOS:

FECHA DEL CAMBIO/RECERT.	FIRMA DEL CERTIFICADOR	INDIQUE LA SECCION, COLUMNA O TURNO DEL CAMBIO					
		SECCION	COLUMNA	TURNO	SECCION	COLUMNA	TURNO

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA COMPLEMENTACION DE LA SOLICITUD DE BENEFICIOS O INFORME DE CAMBIOS

(Lea antes de llenar el formulario)
(En caso de duda pregúntele al Técnico de Asistencia Médica)

Use letra de molde en tinta o maquinilla para llenar la forma.

Fechas: Las fechas de Solicitud, cambios y/o recertificaciones deberán ser escritas por el Técnico. No escriba en estos espacios. **Sólo para uso de la Agencia.**

INSTRUCCIONES PARA LA PAGINA NUMERO 1:

Información sobre la Unidad Familiar

Columna 1 – La "Unidad Familiar" se compone de las siguientes personas:

Esposos o cónyuges.

Adulto con pariente necesario para el cuidado de menores en el hogar.

Hijos menores de 21 años, solteros que vivan bajo el mismo techo.
Otros menores de 21 años, solteros, no hijos, al cuidado del jefe de la "Unidad Familiar".
Ciegos o incapacitados, mayores de 18 años deberán llenar solicitud aparte.

Adultos solos deberán llenar solicitud aparte.
Otras personas mayores de 21 años, deberán llenar solicitud aparte.
De haber un segundo nombre, se escribirá la inicial al lado del nombre.
Comience escribiendo el nombre del jefe del hogar, continúe con el nombre del cónyuge o familiar a cargo del cuidado de menores. Luego escriba los nombres de los hijos en orden, comenzando por el mayor, luego los otros menores, siguiendo el mismo orden.
De haber más de 13 miembros en la Unidad Familiar, continúe en otra hoja.
De la columna 2 a la 10 escriba al lado de cada miembro de la Unidad Familiar, la información que se solicita.

Columna 2 – Ciudadanía – Al calce de la primera página se señalan tres alternativas para llenar esta columna.

A. Deberá escribir la letra A cuando la persona es ciudadana de Estados Unidos, o sea, cuando ha nacido en Puerto Rico, Estados Unidos y/o sus posesiones, o ha jurado ciudadanía americana.

B. Deberá escribir la letra B si la persona no es ciudadana (cómo se describe en el párrafo anterior) pero tiene residencia legal autorizada por el Departamento de Estado de los Estados Unidos de América.

C. Deberá escribir la letra C cuando al solicitante no le aplique ninguna de las dos situaciones descritas anteriormente.

Columna 3 – Parentesco con el Jefe

Escriba una inicial que describa el parentesco con la persona que aparece en la primera línea de los miembros de la Unidad Familiar. Ejemplo: E–esposa; N–familiar a cargo del cuidado de menores; H–hijo; C–niño (no hijo) al cuidado del jefe.

Columna 4 – Status Civil

Deberá escribir la primera letra de la palabra que describe el status civil de cada miembro. Ejemplo S–soltero; C–casado; D–divorciado; V–viudo, O–otro.

Ahora refiérase a la nota que se encuentra al calce; antes de la dirección. Haga una cruz en el encasillado de Casados o en el de No Casados, dependiendo de si están o no casados entre sí las personas cuyos nombres aparecen en el primer y segundo espacios en la lista que compone la Unidad Familiar.

Columna 5 – Sexo – Escriba una F para indicar si el miembro es femenino o una M si es masculino.

Columna 6 – Fecha de nacimiento – Indique con números la fecha de nacimiento en el siguiente orden: día-mes-año.

Columna 7 – Pueblo y/o país de nacimiento - Si nació en Puerto Rico, escriba sólo el pueblo; si nació en Estados Unidos escriba las iniciales E.U. Si es extranjero escriba sólo el país.

Columna 8 – Número de Seguro Social – Escriba el número de Seguro Social según aparece en la tarjeta de Seguro Social.

Columna 9 – Nombre del padre – Escriba el primer nombre del padre o la persona cuyo nombre aparece en la columna No. 1 – en la misma línea.

Columna 10 – Nombre de la madre – Escriba el primer nombre de la madre de la persona cuyo nombre aparece en la columna No. 1 – en la misma línea.

Columna 11 – Dirección – Indique la información requerida.