Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación

Hoja de Cálculo - Programa de Servicios en el Hogar

Nombre del Cliente : _____

I. Elegibilidad para Medicaid / Obligación de Pago de Medicaid (Spend Down) (Marque, si aplica)

☐ Número del Caso Medicaid: _____

☐ Número del Beneficiario de Medicaid: _____

II. Bienes

☐ 1. Cliente de 18 años de edad o más ☐ 2. Cliente menor de 18 años - Bienes de la Familia

Bienes	Cliente Solamente (18 años de edad o más)	Bienes de la Familia (Cliente menor de 18 años de edad)
Cuenta de Ahorros		
Cuenta de Cheques		
Dinero en Efectivo		
Acciones		
Bonos		
Certificados de ahorros		
Fondos Fiduciarios		
Seguro de vida (valor actual)		
Otro		
Propiedad (no la vivienda)		
Especifique		
Total de Bienes		
	Límite $17,500	Límite $35,000

Transfer de Bienes ☐ Yo he ☐ Yo no he transferido bienes a otra persona dentro de 36 meses antes de mi solicitud para servicios bajo el Programa de Servicios en el Hogar de DHS-DRS. Si yo he transferido bienes, certifico que he recibido el valor del mercado y proveeré pruebas de esto cuando DHS-DRS lo pida. Si la información se pide, entiendo que no se hará la determinación de mi elegibilidad hasta que yo entregue esta información.

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - División de Servicios de Rehabilitación

Hoja de Cálculo - Programa de Servicios en el Hogar

Customer's Name: _____

III. Ingresos

Ingresos	Ingresos de la Unidad de Famila	
	Cliente	Familia
Salario		
Seguro Social		
SSI		
SSDI		
Beneficios para Veteranos		
Compensación de Trabajadores		
Retiro del Ferrocarril		
Otras Pensiones		
Otros Ingresos		
Total		

Total de Ingresos de la Unidad de Familia : _____

IV. Certificación (COMPLETE PARA TODOS LOS INDIVIDUOS)

Yo certifico que la información entregada es correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que la información será revelada solamente para propósitos de administración de servicios y que me pueden pedir más verificaciones o documentar la información que he dado. Yo entiendo que tengo el derecho de objetar cualquier acción adversa y pedir una apelación. Si se determina que yo he dado declaraciones falsas para recibir servicios, estoy de acuerdo en rembolsar a DHS-DRS por el costo de esos servicios.

Firma del Cliente o del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Yo he verificado que la información indicada arriba es correcta y completa, como es apropiado.

Firma del Consejero / Administrador de Caso: _____ Fecha: _____

Print Form Reset Form