

Nombre del Solicitante

Número del Reg./Case App.

Basado en la información que usted presentó en su aplicación de Medicaid/Child Health Plus, parece que su ingreso no justifica sus gastos mensuales de sustento. Por favor use el espacio debajo para listar sus gastos mensuales de sustento y explicar cómo usted paga por estos gastos. Necesitamos ésta información para llegar a una decisión sobre su aplicación.

GASTOS MENSUALES DE VIDA

Por favor provea la cantidad que usted gasta cada mes para los gastos listados debajo.

| | |
|---|----|
| El Alquiler/La Hipoteca/ Los Impuestos de la Propiedad | \$ |
| Agua | \$ |
| Guardería Infantil | \$ |
| Cable | \$ |
| Teléfono | \$ |
| Calefacción | \$ |
| Electricidad | \$ |
| Comida | \$ |
| Transporte | \$ |
| Pagos a Tarjetas de Crédito | \$ |
| Otro | \$ |

EXPLICACIÓN DE GASTOS

Explique a la izquierda cómo usted paga por cada uno de los **Gastos Mensuales de Vida** (como dinero en efectivo, cuenta de ahorros, ingresos /sueldos, tarjetas de crédito, ayuda de otros (liste su nombre y su relación con usted) o haga una nota si el gasto no se ha pagado y por cuánto tiempo no se ha pagado).

Completado por el Facilitadores de Inscripción para el Mercado de MVP

Total de los Gastos Mensuales de Vida \$ **Total Ingreso Mensual Bruto** \$

Solicitante debe leer lo siguiente y debe firmar debajo.

Doy fe que toda la anteriormente citada información es verdadera y correcta. Entiendo que esta información será usada para determinar la elegibilidad para los Programas Públicos de Seguro de Salud. También entiendo que si intencionalmente falseo mi situación, puedo tener que reembolsar beneficios recibidos y puedo ser sometido a la prosecución bajo la ley del Estado.

Firma del Solicitante

Fecha

Facilitadores de Inscripción para el Mercado debe leer lo siguiente y debe firmar debajo.

La información reportada en este formulario fue provista solamente por el solicitante. No modifiqué la información en alguna manera. Entiendo que si intencionalmente falsifiqué información en este formulario o si le ayudé al solicitante en falsificar cualquier información que puedo perder mi trabajo y estar procesado bajo la ley del Estado.

Nombre (en letras de imprenta)

Firma

Fecha

Head of Household:

Head of Household Phone:

Member ID:

USE KEY MDC CHP ALL COUNTIES