

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia
División de Servicios para Familias y Niños
Formulario de informe trimestral de la asistencia médica transitoria**

Nombre _____ **Núm. de caso** _____

Nombre del trabajador social _____ **Núm. de teléfono del trabajador social** _____

Fecha _____

Su trabajador social debe recibir este _____ .

Si no devuelve este formulario, su caso de Medicaid podría cerrarse.

Complete cada una de las secciones a continuación y proporcione prueba de sus ingresos.

Proporcione uno de los siguientes documentos:

- Talonarios de pago de todos los meses indicados; O BIEN
- Pídale al empleador que firme y complete la sección de ingresos; O BIEN
- Obtenga una declaración firmada del empleador que incluya toda la información indicada.

Traiga o envíe por correo este formulario y una prueba de sus ingresos a la oficina del condado.

Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con la oficina del condado.

COMPLETE CADA UNA DE LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN SOBRE LOS MESES DE

_____ **A** _____ .

1. ¿Alguien se ha mudado a o de su hogar?

_____ Sí _____ No **En caso afirmativo, complete la sección a continuación.**

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Mes en el que se mudó	
				A su hogar	De su hogar

2. ¿Usted u otra persona involucrada en su caso de Medicaid trabajaron durante los meses indicados anteriormente?

_____ Sí _____ No **En caso afirmativo, responda las preguntas de la siguiente página.**

Nombre de la persona que trabajó: _____

Empleador: _____

Nombre de la persona que pagó los servicios de cuidado infantil: _____

Proveedor de cuidado infantil: _____

¿La persona que trabajó es estudiante a tiempo completo? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, indique el nombre de la escuela: _____

Mes:

Ganancias		
Fecha de pago	Salario bruto	Propinas

Gastos de cuidado infantil	
Fecha de pago	Importe

Mes:

Ganancias		
Fecha de pago	Salario bruto	Propinas

Gastos de cuidado infantil	
Fecha de pago	Importe

Mes:

Ganancias		
Fecha de pago	Salario bruto	Propinas

Gastos de cuidado infantil	
Fecha de pago	Importe

Firma del empleador _____

Número de teléfono del empleador _____

Comprendo que:

- la información en este formulario de informe puede provocar que deje de recibir Medicaid;
- debo seguir informando cualquier cambio en mi situación en el plazo de 10 días luego de tener

conocimiento del cambio;

- si no devuelvo este formulario de informe antes de la fecha de vencimiento y no proporciono las pruebas necesarias, es posible que deje de recibir Medicaid;
- si no digo la verdad, pueden procesarme por fraude.

_____ Su firma o marca	_____ Fecha	_____ Número de teléfono
_____ Firma de la persona que ayuda a completar el formulario	_____ Fecha	_____ Número de teléfono