

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para Familias y Niños**  
**Solicitud de exención por dificultades excesivas**

Yo

, \_\_\_\_\_ el solicitante/beneficiario de Medicaid, solicito la consideración de dificultades excesivas y la exención de la sanción impuesta por la transferencia de activos por un valor inferior al valor justo del mercado.

**La penalización por transferencia privará al solicitante/beneficiario (S/B) de lo siguiente:**

\_\_\_\_\_ atención médica, de tal manera que la salud o la vida del S/B correrían peligro;  
\_\_\_\_\_ alimentos, ropa, alojamiento u otras necesidades vitales.

**Indique arriba el motivo de la privación y proporcione lo siguiente:**

- documentación sobre cómo se cumple la condición y por qué el S/B sufrirá un daño irrevocable si se deniega o interrumpe Medicaid;
- declaración firmada notariada/certificada de un médico con conocimiento del estado de salud de la persona en el momento de la transferencia, quien afirme que, según su criterio profesional, el estado de salud y la edad de la persona no indicaban una necesidad de servicios de atención a largo plazo.

Si la solicitud de Medicaid se presentó el **8 de febrero de 2006 o después**, el solicitante debe haber emprendido acciones legales o recursos de equidad para recuperar el activo antes de que el estado pueda considerar que existen dificultades excesivas. Proporcione lo siguiente:

- Pruebas de acciones legales y recursos de equidad

**Si se deniega su solicitud de exención por dificultades excesivas, es posible que tenga que devolver al estado los fondos de Medicaid que se gastaron en su nombre durante este período.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/beneficiario de Medicaid o de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Consentimiento (si lo solicita el centro de enfermería)**

El centro de enfermería presenta esta solicitud de exención por dificultades excesivas en nombre del S/B con el consentimiento del S/B o de su representante personal.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/beneficiario de Medicaid o de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante del centro de enfermería

\_\_\_\_\_  
Cargo