

Autorización para Verificación de Recursos

Nombre del solicitante (*escrito*)

Numero de Seguro Social del solicitante

Para determinar si un solicitante o su esposo puede recibir o continuar recibiendo Cobertura de Medicaid, tenemos que verificar información sobre ellos tal como la cantidad de recursos que tienen. Este formulario autoriza a Medicaid para pedir su record de instituciones financieras para un individuo y su esposo cuando uno o ambos solicitan Medicaid. **Por favor leer y llenar este formulario.**

Por firmar este formulario usted autoriza la verificación de sus recursos (incluso los de su esposo, si aplicable) con instituciones financieras para el propósito de determinar su elegibilidad para Medicaid. Esta autorización terminará si su solicitud para Medicaid está denegada, si usted ya no califica para Medicaid, o si usted revoca esta autorización con una declaración escrita dirigida al Departamento de Salud de Louisiana (LDH).

Usted da permiso a organizaciones tal como los siguientes para proveer su record o lo de su esposo a LDH:

- Empleadores
- Compañías de Seguros
- Compañías de Inmuebles
- Agencias del Gobierno
- Asociaciones de Viviendas
- Bancos/Otras instituciones financieras

Este acuerdo no incluye la recogida de información de salud personal de doctores o proveedores de asistencia médica.

Nombre del solicitante (*escrito*)

Numero de Seguro Social del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del esposo del solicitante (*escrito*)

Numero de Seguro Social del esposo

Firma del esposo

Fecha

Guardián/poder/nombre del representante autorizado (*escrito*) – **si aplicable**

Firma del representante – **si aplicable**

Fecha – **si aplicable**

Usted puede devolver este formulario por faxarlo al **1-877-523-2987**. Usted también puede enviarlo por correo al **Medicaid/LaCHIP Office, P.O. Box 91283, Baton Rouge, LA 70821-9278**.