

Formulario de Informe de Cambio de Destinatarios de la Agencia Medicaid de Alabama

Nombre _____ SSN/Medicaid # _____
 Dirección _____ Teléfono del hogar _____
 Ciudad/Condado/Estado/Zip _____ Otro teléfono _____

¿Es una nueva dirección? Sí No En caso afirmativo, fecha de mudanza _____

Compruebe los elementos para los que tiene cambios. (Hay más elementos listados en la parte posterior de este formulario.)

NOTA: Su firma es requerida en el reverso de este formulario.

Cambios en el estado civil. Fecha de cambio _____
 Nuevo estado civil: Casado Divorciado Separados Viuda
 Si marcó Casado, complete lo siguiente:
 Nombre del cónyuge _____
 SSN del cónyuge _____ DOB del cónyuge _____
 Dirección del cónyuge _____
 Ciudad, Estado, Zip _____ Teléfono _____

Dirección del patrocinador y cambios en el teléfono. Fecha de cambio _____
 Nueva dirección del patrocinador _____
 Ciudad, Estado, Zip _____ Teléfono _____

NOTA: Para cambiar su patrocinador a otra persona, deberá completar un Formulario 202 y enviarlo por correo a su trabajador de caso o llamar al 1-800-362-1504 para solicitar que se le envíe un Formulario 202 por correo.

Cambios en la familia. Fecha de cambio _____
 Tuve un bebé. El nombre del bebé es _____ Masculino Mujer
 SSN del bebé _____
 El bebé nació en _____ (fecha) en _____ (ciudad/estado/zip)
 Alguien en mi hogar está teniendo un bebé. Su nombre es _____
 Fecha que el bebé debe _____ Número de bebés en el embarazo _____

Persona(s) se mudaron a mi casa. Fecha de cambio _____

Nombre	Relación contigo	Ingresos	Fecha de nacimiento	SSN	Recibir SSI, Sí/No

Persona(s) se mudaron de mi casa. Fecha de cambio _____

Nombre	Relación contigo	Ingresos	Fecha de nacimiento	SSN	Recibir SSI, Sí/No

_ Cambios en los ingresos. Fecha de cambio _____

_ Nuevos ingresos.

Nombre y dirección del empleador	Relación contigo	Importe bruto del salario (antes de las deducciones)	Tarifa de pago por hora	Horas trabajadas una semana	Con qué frecuencia se paga	Día pagado

(Adjuntar verificación de ingresos.)

_ Pérdida de ingresos. La persona que ya no tiene ingresos es _____
 Fecha del último pago recibido _____.

_ Cambios en el seguro. Complete el "Formulario de Cambio de Cobertura de Seguro de Informe" que se encuentra en el Sitio Web de Medicaid en www.medicaid.alabama.gov

_ Informe de muerte.
 Nombre del destinatario _____ Fecha de muerte _____

_ Deseo cerrar mi caso de Medicaid. Fecha _____
 Motivo del caso de cierre _____

_ Deseo retirar mi solicitud. Fecha _____

_ Otros cambios. Fecha de cambio _____
 Explicar _____

_ Al marcar esta casilla, declaro bajo pena de perjurio, que la información que he introducido es verdadera y correcta.

 Firma del destinatario

 Fecha

 Persona que ayuda a llenar el formulario
 Soy un asistente de solicitud Sí No

 Número de teléfono diurno

Puede enviar este formulario por fax al 334-353-5689, o enviar por correo a: Alabama Medicaid Agency, Attn: Eligibility Change Unit, 501 Dexter Avenue, P O Box 5624, Montgomery, AL 36103-5624.
 También puede enviar por correo electrónico el formulario a changes@medicaid.alabama.gov