



Solicitud para el Programa de Exención de Apoyos de Medicaid

Programa Aplicable- Mande este formulario al [especialista de beneficios y elegibilidad \(BES\)](#) en su área

Actualmente tengo una exención de Medicaid: Sí No Nombre de la exención: _____

En caso afirmativo, nombre de su administrador de casos: _____ Número de teléfono: _____

Estoy interesado en recibir información sobre colocación en una institución Sí No

Tengo una lesión cerebral adquirida (ABI) Sí No Edad cuando ocurrió la ABI _____

Información del solicitante

Nombre del solicitante: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____ Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Ciudad, Estado, CP: _____

Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____

Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Hombre Mujer Origen étnico _____ ¿Método de contacto preferido? Correo Teléfono E-mail

Medicaid: ____ - _____ Comunidad donde recibiré servicios _____

Soy un dependiente calificado de un miembro activo del servicio militar: Sí No

Como representante legal autorizado del solicitante, certifico que tengo la intención de residir en Wyoming dentro de dieciocho (18) meses tras mi retiro o separación del servicio militar. Sí No N/A

Información de contacto del representante legal autorizado

Por favor, llene esta sección si el solicitante es menor de 18 años o tiene un representante legal autorizado asignado por la corte (completo o limitado).

Nombre de los padres/representantes legales autorizados: _____

Dirección física: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Correo electrónico: _____

¿Método de contacto preferido? Correo Teléfono E-mail

¿Es esta persona un representante legal autorizado asignado por la corte (completo o limitado)? Sí No

Información sobre contacto de emergencia

Por favor, incluya la información de un contacto de emergencia.

Nombre: _____ Relación con el participante: _____

Dirección física: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad, Estado, CP: _____ Correo electrónico: _____

¿Método de contacto preferido? Correo Teléfono E-mail

Firmas

Firma del solicitante/Representante legal autorizado

Fecha ____ / ____ / ____

Firma del testigo

Fecha ____ / ____ / ____

(Obligatorio si el solicitante firma con una "X")