



**OKLAHOMA**  
Health Care Authority

## Formulario de Notificación de Asistencia Médica Transitoria

Indique el jefe/a del hogar abajo.

Su Nombre (Primer nombre, segundo, apellido) Número de ID del caso o de Medicaid

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Dirección de Domicilio (marque aquí si es usted una persona sin hogar )

Ciudad      Estado      Código Postal

Número de Teléfono Correo Electrónico

### Historial de Residencia

¿Usted o los miembros de su familia que cuentan con cobertura de Medicaid vivieron en Oklahoma durante los últimos tres meses? Si la respuesta es no, indique el/los miembro(s) a continuación.

Sí     No

Si ha respondido que no, indique qué miembro o miembros de su hogar no vivían en Oklahoma, así como el Estado en el que vivían y el Mes en que se fueron o regresaron a Oklahoma.

Nombre (Primer, segundo, apellido)      Estado (no Oklahoma)      Mes (mm/aaaa)

Nombre (Primer, segundo, apellido)      Estado (no Oklahoma)      Mes (mm/aaaa)

### Cambios en los Miembros del Hogar

¿Ha habido algún cambio en algún miembro de su hogar en los últimos 3 meses? Si la respuesta es sí, indique el/los miembro(s) a continuación.

Sí     No

Nombre (Primer, segundo, apellido)      Número de Seguro Social      Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Nombre (Primer, segundo, apellido)      Número de Seguro Social      Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

**¿Estuvo usted o alguno de los miembros de su hogar cubiertos por Medicaid ESTUVO DESEMPLEADO alguno de los tres últimos Meses? Si la respuesta es SÍ, indique a continuación el/los miembro(s) y el/los Mes(es) en que no estuvo desempleado.**

Sí     No

Nombre (Primer, segundo, apellido) Mes(es) sin empleo (mm/aaaa)

Nombre (Primer, segundo, apellido) Mes(es) sin empleo (mm/aaaa)

Nombre (Primer, segundo, apellido) Mes(es) sin empleo (mm/aaaa)



#### ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.  
Oklahoma City, OK 73105



#### WEBSITES

[oklahoma.gov/OHCA](http://oklahoma.gov/OHCA)  
[mysooner care.org](http://mysooner care.org)



#### PHONE

Admin: 405-522-7300  
Helpline: 800-987-7767



**OKLAHOMA**  
Health Care Authority

**FUENTE DE INGRESOS - TRABAJO POR CUENTA PROPIA O CONTRATISTA**

Si no trabaja por cuenta propia, omita esta sección. ¿Cuál fue el historial de ingresos durante los últimos tres meses? Incluya todos los trabajos por cuenta propia de cualquier adulto o miembro del hogar mayor de 16 años que esté trabajando. AVISO: Para conocer la definición de ingresos, visite [MySoonerCare.org](https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysooner.org). [Esto llevará a <https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysooner.org>.]

<b>Ingresos de trabajo por cuenta propia o como contratista del último mes</b>	<b>Ingresos de trabajo por cuenta propia o como contratista del último mes</b>	<b>Ingresos de trabajo por cuenta propia o como contratista del último mes</b>
Persona: _____	Persona: _____	Persona: _____
Mes: _____	Mes: _____	Mes: _____
<b>Ingresos/ingresos brutos totales para este mes:</b> \$ _____	<b>Ingresos/ingresos brutos totales para este mes:</b> \$ _____	<b>Ingresos/ingresos brutos totales para este mes:</b> \$ _____
<b>Gastos mensuales totales para este mes:</b> \$ _____	<b>Gastos mensuales totales para este mes:</b> \$ _____	<b>Gastos mensuales totales para este mes:</b> \$ _____

**FUENTE DE INGRESOS - EMPLEADOR**

¿Cuál fue el historial de ingresos durante los últimos tres meses? Incluya todos los empleos de cualquier adulto o miembro del hogar mayor de 16 años que esté trabajando. AVISO: Para conocer la definición de ingresos, visite [MySoonerCare.org](https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysooner.org). [Esto llevará a <https://oklahoma.gov/ohca/individuals/mysooner.org>.]

<b>Persona empleada:</b>		<b>Enumere el empleador:</b>
<b>Ingresos imponible del último mes:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos dos meses:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos tres meses:</b> \$ _____
<b>Persona empleada:</b>		<b>Enumere el empleador:</b>
<b>Ingresos imponible del último mes:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos dos meses:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos tres meses:</b> \$ _____
<b>Persona empleada:</b>		<b>Enumere el empleador:</b>
<b>Ingresos imponible del último mes:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos dos meses:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos tres meses:</b> \$ _____
<b>Persona empleada:</b>		<b>Enumere el empleador:</b>
<b>Ingresos imponible del último mes:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos dos meses:</b> \$ _____	<b>Ingresos imponible de los últimos tres meses:</b> \$ _____



**ADDRESS**

4345 N. Lincoln Blvd.  
Oklahoma City, OK 73105



**WEBSITES**

[oklahoma.gov/OHCA](https://oklahoma.gov/OHCA)  
[mysooner.org](https://mysooner.org)



**PHONE**

Admin: 405-522-7300  
Helpline: 800-987-7767



**OKLAHOMA**  
Health Care Authority

**Ingresos no derivados del trabajo**

¿Cuál ha sido su historial de ingresos durante los últimos tres meses por ingresos no derivados de un trabajo para cualquier miembro de su hogar? Los ingresos no derivados del trabajo pueden incluir cualquier pago que no haya trabajado para recibir, como Seguro Social, Seguro Social por incapacidad, desempleo, jubilación, ingresos por alquiler, acuerdos legales y ganancias de lotería o casino.

Nombre (Primer, segundo, apellido)	Tipo de ingresos	Mes Recibido
Nombre (Primer, segundo, apellido)	Tipo de ingresos	Mes Recibido

**Información sobre seguros a terceros para el hogar**

Si su seguro de terceros ha cambiado en los últimos tres meses, indique los cambios de los miembros a continuación. Si no ha habido cambios en su hogar, omita esta sección.

Nombre(s) de los miembros    Nombre de la aseguradora    Tipo de cobertura (médica, dental, emergencia)

Número de póliza y de grupo    Enumere el mes de cobertura añadido

Nombre(s) de los miembros    Nombre de la aseguradora    Tipo de cobertura (médica, dental, emergencia)

Número de póliza y de grupo    Enumere el mes de cobertura añadido

**Firma** Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono información falsa.

Firma    Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de molde

O

Nombre del representante autorizado

Nombre del representante (escrito claramente)

Firma del representante autorizado    Fecha (mm/dd/yyyy)

**Suba este formulario a su portal de miembros o envíelo por correo postal a:  
Oklahoma Health Care Authority, PO BOX 548804, Oklahoma City, OK 73154.**



**ADDRESS**

4345 N. Lincoln Blvd.  
Oklahoma City, OK 73105



**WEBSITES**

oklahoma.gov/OHCA  
mysooner care.org



**PHONE**

Admin: 405-522-7300  
Helpline: 800-987-7767