

Formulario de gastos médicos por cuenta propia

Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts



Instrucciones: Cualquier persona mayor de 60 años o que reciba beneficios por discapacidad puede presentar gastos médicos por cuenta propia al DTA. Complete el formulario en su totalidad. Escriba solo la información que tenga. Le diremos si necesitamos más información. Utilice un nuevo formulario para cada persona en su caso de SNAP que califique. Si necesita más espacio, adjunte una hoja.

La información que proporcione es verdadera y completa según mi conocimiento.

Nombre de la persona mayor de 60 años o discapacitada

Identificación de agencia del DTA

Su firma

Fecha

Puede proporcionar esta información al DTA de cualquiera de las siguientes maneras:

- **En línea:** DTACONnect.com o la aplicación móvil DTA Connect.
- **Por teléfono:** Línea de asistencia del DTA al 877-382-2363
- **Por correo:** DTA Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780
- **Por fax:** 617-887-8765
- **En persona:** Acérquese a una oficina local del DTA

Gastos médicos recurrentes		
Copagos	Costo	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción con un círculo)
<input type="checkbox"/> Médico, hospital	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Dentista	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Quiropráctico	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	\$ _____	semanal mensual anual
Costos de farmacia	Costo	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción con un círculo)
<input type="checkbox"/> Recetas	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Medicamentos/suministros de venta libre	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Suministros para la curación de heridas	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Pañales para adultos	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Vitaminas y remedios a base de hierbas	\$ _____	semanal mensual anual

(El formulario continúa del otro lado).

Costos de suministros médicos	Costo	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción con un círculo)
<input type="checkbox"/> Audífonos/pilas	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Lentes de contacto	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Suministros para la diabetes	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Adhesivos	\$ _____	semanal mensual anual

Otros costos de salud	Costo	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción con un círculo)
<input type="checkbox"/> Atención médica domiciliaria o atención diurna para adultos	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Membresía a un gimnasio	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Acupuntura o medicina alternativa	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Costos de animales de servicio	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Mantenimiento de la casa	\$ _____	semanal mensual anual

Primas del seguro: Nombre del proveedor	Costo	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción con un círculo)
<input type="checkbox"/> Salud: _____	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Medicamentos: _____	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Otros: _____	\$ _____	semanal mensual anual

Traslado (sin conducción)	Costo	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción con un círculo)
<input type="checkbox"/> Taxis, viaje compartido (Uber, Lyft, etc.)	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Transporte público/The Ride	\$ _____	semanal mensual anual
<input type="checkbox"/> Estacionamiento, peajes	\$ _____	semanal mensual anual

Traslado en carro: Para cualquier cita médica o farmacia. Ida y vuelta son 2 viajes.

Nombre y dirección del proveedor (calle, ciudad)	Cantidad de viajes	¿Con qué frecuencia? (encierre una opción con un círculo)
Nombre: _____	_____	semanal mensual anual
Dirección: _____		
Nombre: _____	_____	semanal mensual anual
Dirección: _____		

Otros gastos médicos por única vez			
Costos por única vez	Costo	Costos por única vez (continuación)	Costo
<input type="checkbox"/> Gafas	\$ _____	<input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación	\$ _____
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	\$ _____	<input type="checkbox"/> Procedimiento médico	\$ _____
<input type="checkbox"/> Andador	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Prótesis	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Muletas	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Dentaduras	\$ _____		