

Name: _____
Date of Birth: _____

SUPPLEMENT - AGED, BLIND, AND DISABLED SUPPLEMENT

Complete this supplement if you are requesting health coverage for anyone through the aged, disabled, blind, or long-term care programs. This is to be completed in addition to the Application for Health Coverage & Help Paying Costs (IM-1SSL) application.

This supplement does NOT meet the requirements of an application without the IM-1SSL.

STEP 1: To explore MO HealthNet for the Aged, Blind, and Disabled health care for you and/or your spouse.

I/We are disabled and get Social Security Disability or SSI. ID Yes I=1 No

I/We are disabled and **do NOT** get Social Security Disability or SSI. 111Yes 111 No

Is anyone in your household blind or visually impaired? 1=1 No 0 Yes, who? _____

I/We need help paying for Medicare premiums and co-insurance costs.

I/We have a conservator, guardian, attorney-in-fact, or someone who represents me/us.

If yes, provide proof or complete Appendix C.

I/We agree to apply for other benefits I/we may be able to get (RSDI, SSI, VA, etc.).

Are you or your spouse currently serving or have you ever served in the military? Do

you plan to continue living in Missouri?

<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
LI Yes	No
<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Yes	111 No

For Home and Community Based Services, Vendor (nursing home), and Supplemental Nursing Care applicants:

Do you or your spouse live in, or plan to live in, a nursing home or residential care facility? 0 No 0 Yes

If Yes, who? _____ Where? _____ Date? _____

My spouse and I pay for shelter expenses:

LI Mortgage LI Rent — Utilities Phone — Homeowner's Insurance Real Estate Taxes LI Condo Fees

Are you or your spouse over age 63 and need in-home nursing care? 0 No 0 Yes, who? _____

Do you or your spouse pay court ordered child support or alimony? LI No LI Yes

When did you and your spouse get married? (MM/DD/YYYY) _____

For Blind Pension and Supplemental Aid to the Blind applicants:

If you are blind or visually impaired and applying for cash benefits:

1. Do you have a sighted spouse or parent? 0 Yes 1=1 No
2. Do you ask or beg for money from the public? 0 Yes 0 No
3. Have you applied or do you agree to apply for Supplemental Security Income (SSI) as a condition of eligibility? 0 Yes E No
4. Have you had eye surgery within the last 5 years? 0 Yes 0 No
5. If you are younger than 75, are you willing to have medical treatment or an operation to correct your blindness? 0 Yes 0 No
6. Would you be willing to do job training or work at a job for which you are suited? 1] Yes 0 No
7. Do you have an eye doctor (either an ophthalmologist or an optometrist)? 0 Yes EI No

Name: _____

Date of Birth: _____

STEP 2: Assets

Fill out the info below to tell us about the things you (and your spouse, if married) own, such as bank accounts, stocks, bonds, life insurance, real estate, and personal property.

Money & accounts:

Do you or your spouse have money or accounts?

No If Yes, provide information below.

Money may include cash that is in your possession, at home, or that someone else is holding for you. Accounts may include:

- Checking
- Retirement accounts
- Life insurance (with cash value)
- Savings
- Annuities
- Cryptocurrency
- Prepaid or direct deposit cards
- Stocks, bonds, investments
- Trusts

Who?	Type of Account	Name of Bank	Amount
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Are you or your spouse included in or the owner of a trust? No

Yes. If yes, we must review the entire trust. You must provide a complete copy including any amendments.

Name and Date of the Trust: _____ What is your (or your spouse's) role in the trust? _____

Vehicles:

Do you or your spouse own any vehicles? No

If Yes, provide information below for all cars, trucks, recreational vehicles, watercraft, or other vehicles.

Who?	Year, Make, Model	Estimated Value	Amount Owed	How is it used? (personal, business, home, recreation, other — explain)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Real Estate Property:

Do you own or are currently buying any real estate? No

If Yes, provide information below for any houses, buildings, rental property, land/lots, or other property.

Who?	What and Where?	Estimated Value	Amount Owed	How is it used? (home, rental, business, other — explain)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Other assets you own:

Do you own any other personal property? No If Yes, provide information below.

This may include:

- Mobile (trailer) Home
- Business equipment
- Household furniture (in storage)
- Livestock, grain, produce, farm equipment, tools, etc.

Who?	What?	Estimated Value	Amount Owed	How is it used? (personal, business, other— explain)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Name:

Date of Birth:

Transfer of property or assets: Tell us what property has been sold or given to others.

Have you or your spouse sold or given away any money, vehicles, property or other assets in the last 5 years? 0

Yes 0 No

If yes, fill out the information below:

What?	_____	To who?	_____
When?	_____	Amount Received:	_____
Why?	_____		

Life insurance and pre-paid burial plans

Does any household member own a life insurance policy or pre-paid burial plan?

EI Yes 111 No

Who?	Name of company	Policy number	Cash Value	Date it began	Irrevocable? (yes or no)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Health insurance

Does anyone pay for health insurance or Medicare?

0 Yes ID No

Who?	Name of insurance company	Type of coverage	Policy number	Premium amount
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Long term care insurance

Does any household member have long term care insurance?

LI Yes 0 No

Who?	Name of company	Policy number	Policy holder	Premium amount
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Nombre: _____
Fecha de nac.: _____

ANEXO I PERSONAS MAYORES, INVIDENTES Y DISCAPACITADAS

Responda este anexo si este solicitando un seguro medico para un individuo a traves de programas de cuidados para personas mayores, discapacitadas, invidentes o de cuidados a largo plaza. Responda esto ademas de la Solicitud de Seguro Medico y Ayuda para Pagar Gastos (IM-1SSL). **Este anexo NO equivale a una solicitud si no incluye el formulario IM-1SSL.**

PASO 1: Evalúe atención médica de MO Health Net para personas mayores, invidentes y discapacitadas para usted o su conyuge.

Soy/Somos discapacitado/s y recibo/recibimos *beneficios por incapacidad del Seguro Social o SSI.* Si No

Soy/Somos discapacitado/s y **NO** recibo/recibimos *beneficios por incapacidad del Seguro Social NI SSI.* Si No

e, Alguien en su hogar es invidente o padece una deficiencia visual? Si No C) No ID Si; , quien?: _____

Necesito/Necesitamos ayuda para pagar primas o coseguros. Si No

Tengo/Tenemos un cuidador, tutor, poder notarial u otra persona que me/nos representa. Si No

Si respondí 'Si', proporcione comprobantes o llene el Apéndice C. Acepto/Aceptamos solicitar otros beneficios disponibles para mi/nosotros (RSDI, SSI, VA, etc.). Si No

el, Usted o su conyuge prestan actualmente o han prestado servicios en el ejército? Si No

¿Anticipan continuar viviendo en Missouri? Si No

Para solicitantes de servicios domiciliarios o comunitarios, proveedores (asilo) y cuidados de enfermería complementarios:

¿Usted o su conyuge viven o anticipan vivir en un asilo o un centro residencial y de atención médica? Si No

Si respondí _____; dónde: _____ En que fecha: _____
'Sr; quien: _____ ; dónde: _____

Mi conyuge y yo pagamos gastos de vivienda:

Hipoteca Alquiler Servicios públicos Teléfono Seguro de hogar Impuestos inmobiliarios Cuotas de apartamento

¿Usted o su conyuge tienen más de 63 años y necesitan cuidados de enfermería residenciales? Si No Si; quien: _____

¿Usted o su conyuge pagan manutención infantil o pensión alimenticia por mandato judicial? _____

¿Cuándo se casaron usted y su conyuge? (MM/DD/AAAA)

Para solicitantes de Blind Pension and Supplemental Aid to the Blind:

En caso de ser invidente o padecer una deficiencia visual y estar solicitando beneficios de dinero en efectivo:

1. ¿Su conyuge o padre puede ver? Si No

2. ¿Pide o mendiga por dinero? Si No

3. ¿Ha solicitado o acepta solicitar Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI) como condición de elegibilidad? 0 Si E No

Nombre: _____

Fecha de nac.: _____

4. ¿Se ha sometido a una cirugía de los ojos durante los últimos 5 años? 0 Si 0 No
5. Si tiene menos de 75 años, ¿está dispuesto a recibir tratamiento médico o someterse a una operación para corregir su ceguera? 0 Si 0 No
6. ¿Está dispuesto a desempeñar un trabajo o capacitarse para un trabajo que le sea adecuado? 0 Si 0 No
7. ¿Cuenta con un oculista (un oftalmólogo o un optometrista)? 0 Si 0 No

PASO 2: Bienes

Proporcione la siguiente información para que sepamos que posee (y su cónyuge, si este casado/a), como cuentas bancarias, acciones, bonos, seguros de vida, bienes raíces y propiedades personales.

Dinero y cuentas:

¿Usted o su cónyuge poseen dinero o cuentas? _____

12 No 0 Si Si respondió 'Si', especifique:

El dinero comprende el efectivo en su posesión, en su hogar o que otra persona le guarda.

Las cuentas incluyen:

- Cuentas corrientes
- Cuentas de retiro
- Seguro de vida (con valor en efectivo)
- Ahorros
- Anualidades
- Criptomonedas
- Tarjetas prepagadas o de depósito directo
- Acciones, bonos, inversiones
- Fideicomisos

Titular:	Tipo de cuenta:	Nombre del banco:	Monto:
_____	_____	_____	_____

¿Usted o su cónyuge poseen o están incluidos en fideicomisos? 0 No

0 Si. Si respondió 'Si', debemos revisar el fideicomiso en su totalidad. Anexe una copia que incluya todas las modificaciones.

Nombre y fecha del fideicomiso: _____ ¿Cuál es función (o la de su cónyuge) en el fideicomiso? _____

Vehículos:

¿Usted o su cónyuge poseen vehículos? 0 No

0 Si. Si respondió 'Si', brinde la siguiente información e incluya coches, vehículos recreativos, embarcaciones y demás vehículos.

Propietario:	Alí, marca y modelo:	Valor estimado:	Monto adeudado:	¿Cómo se usa (fines personales, de negocio, vivienda, recreación, otro [explique]):
_____	_____	_____	_____	_____

Bienes raíces:

¿Posee o está adquiriendo bienes raíces? 0 No

0 Si. Si respondió 'Si', brinde la siguiente información e incluya casas, edificios, propiedades en alquiler, terrenos y demás inmuebles.

Quien:	Que y dónde:	Valor estimado:	Monto adeudado:	¿Cómo se usa (vivienda, alquiler, negocio, otro [explique]):
_____	_____	_____	_____	_____

Nombre: _____

Fecha de nac.: _____

Otros bienes que posee:

6 Posee algun otro bien personal?

0 No 0 SI. Si respondi 'SI', brinde la siguiente informacion. Ello incluye:

- Casa mOvil (remolque)
- Equipamiento para negocio
- Mobiliario de hogar (almacenados)
- Ganado, granos, productos agricolas, equipo agricola, herramientas, etc.

Propietario:	Que tipo de bien:	Valor estimado:	Monto adeudado:	COmo se usa (fines personales, de negocio, otro [explique]):
--------------	-------------------	-----------------	-----------------	--

Transferencia de propiedades o bienes: Diganos que propiedades han vendido u obsequiado.

4, Usted o su conyuge han vendido u obsequiado dinero, vehiculos, propiedades u otros bienes en los Oltimos 5 afios? 0 Si 0 No

Si respondi 'Si', brinde la siguiente informacion:

Que:	_____	A quien:	_____
	_____	Monto	_____
Cuando:	_____	recibido:	_____
Por que:	_____		

Seguro de vida y planes funerarios de prepago

LAgiin miembro de su hogar posee una pain de seguro de vida o plan funerario de prepago? 0 Si 0 No

Quien:	Nombre de la compafifa:	Niimero de pOliza:	Valor en efectivo:	Fecha en que inick5:	L Es irrevocable? (sio no)
--------	-------------------------	--------------------	--------------------	----------------------	----------------------------

Seguro medico

6Alguien paga seguro medico o Medicare? 0 Si 0 No

Quien:	Nombre de la compafia:	Tipo de cobertura:	Numero de pOliza:	Monto de la prima:
--------	------------------------	--------------------	-------------------	--------------------

Seguro de cuidados a largo plazo

6Algun miembro de su hogar posee un seguro de cuidados de largo plazo? 0 Si 0 No

Quien:	Nombre de la compafia:	Numero de Olin:	Titular de la pOliza:	Monto de la prima:
--------	------------------------	-----------------	-----------------------	--------------------