



Paquete de información sobre gastos médicos permitidos

ELEGIBILIDAD

- Ud. puede solicitar una deducción por gastos médicos si la persona principal de la familia o su cónyuge tienen al menos 62 años de edad o si tiene una incapacidad permanente o a largo plazo. Las discapacidades temporales no califican para participar en la deducción por gastos médicos.

GASTOS MÉDICOS PERMITIDOS

Ud. puede solicitar una deducción por gastos médicos que se prevean para el año venidero que no serán pagados o reembolsados por otra fuente de recursos, siempre que esos gastos cumplan con los criterios a continuación.

Definición de gastos médicos permitidos: Los gastos médicos para pagar el costo de diagnóstico, cura, tratamiento, mitigación o prevención de una enfermedad, y el costo de tratamientos que afecten cualquier parte o función del cuerpo.

Estos gastos incluyen los pagos por servicios médicos legales provistos por doctores, cirujanos, dentistas y otros proveedores de asistencia médica. Incluyen el costo de equipos, materiales y aparatos de diagnóstico necesarios para estos propósitos. Los gastos médicos deben ser principalmente para aliviar o prevenir un defecto o enfermedad física o mental. **No incluyen gastos que sean simplemente para beneficiar la salud general, como vitaminas o vacaciones.** Los gastos médicos incluyen las cuotas que pague por el seguro que cubre los gastos de la atención médica y las cantidades que pague por el transporte al lugar donde obtiene la atención médica. Los gastos médicos incluyen también las cantidades pagadas por los servicios a largo plazo que se califican y las cantidades limitadas pagadas por cualquier contrato de seguro de atención médica a largo plazo.

Ejemplos de gastos médicos previstos incluyen medicinas recetadas, anteojos, cuentas pendientes de médico o de hospital que incluyen un plan de pagos, primas de seguros, primas de Medicare Parte D, audífonos para la sordera, cuidado dental, transporte/millaje a citas para la atención médica, etc. Por favor tenga presente que hay un límite en la cantidad de gastos que puede deducir basado en sus ingresos.

HAGA UNA LISTA DE SUS GASTOS PARA EL AÑO QUE VIENE

Para asegurar que se le consideren todos sus gastos médicos, deberá hacer una lista de todos sus gastos en la declaración detallada en los formularios adjuntos. En los formularios adjuntos se le pedirá que haga una lista de gastos médicos continuos que seguirán existiendo el año que viene, así como cualquier gasto médico previsto que consista de un pago único. Si no caben todos sus gastos en los formularios, por favor haga tantas copias de los mismos como sea necesario. Ejemplos de gastos continuos incluyen recetas, primas de seguros, fisioterapia o persona que ayude a cuidarlo y pagos de cuentas médicas pendientes que tengan un plan de pago. Con el fin de proteger la confidencialidad, no presente recibos ni facturas junto con los formularios de gastos.

VERIFICACIÓN DE SUS GASTOS

Es posible que la Autoridad de Viviendas desee ponerse en contacto con dicho proveedor de asistencia médica para verificar el costo de los gastos que Ud. reportó como pagados de su propio bolsillo. Por favor sepa que cada formulario de verificación incluye una declaración de auto-certificación, y que toda información falsa que reporte puede hacer que Ud. deba reembolsar a la Autoridad de Viviendas por la subvención que pagó a nombre suyo, y/o que puede resultar en que se lo elimine del programa.

CÓMO COMPLETAR LOS FORMULARIOS

1. Primero, revise los formularios adjuntos. Hay formularios diferentes para los distintos tipos de gastos. Por lo tanto, hay formularios para :
 - a. Medicinas – Use este formulario para recetas y para medicinas compradas sin receta.
 - b. Citas de atención médica y planes de pago – Use este formulario para todas las citas regulares, continuas, o para balances pendientes que esté pagando con un plan de pagos.
 - c. Primas de seguro médico – Use este formulario para sus primas de seguro. *Para este formulario únicamente, por favor incluya una copia de la factura o algún otro comprobante de pago.*
 - d. Gastos previstos de una sola vez – Use este formulario para aquellos gastos que prevé para los próximos doce meses y que pagará una vez sola. Muchos gastos médicos no se pueden prever. Sin embargo, algunos gastos como anteojos para ver/leer, audífonos para la sordera y trabajos de dentista a veces sí se pueden prever.
 - e. Transporte / Millaje a citas de atención médica.
2. Cuando todos los formularios estén completados y hayan sido firmados por el doctor u otro proveedor de asistencia médica, usted deberá firmar al pie de cada formulario, certificando que toda la información es correcta, verdadera y completa, y que Ud. no será reembolsado por esos gastos.
3. Presente los formularios completados a la Autoridad de Viviendas. La Autoridad de Viviendas revisará cada uno de sus gastos para determinar si están permitidos. Por favor entienda que la Autoridad de Viviendas no puede revisar sus gastos ni comenzar las deducciones a menos que hayamos recibido toda la documentación requerida en la fecha establecida en la portada de esta carta. Por lo tanto, le conviene presentar los formularios completados y firmados lo antes posible. Si usted no entrega toda la documentación requerida para la fecha establecida en esta carta, la Autoridad de Viviendas no podrá procesar sus gastos médicos con su reexaminación anual este año. En tales casos, usted no tendrá ninguna otra oportunidad de proporcionar la documentación de sus gastos médicos hasta su reexaminación anual el año próximo.

DE QUÉ MANERA AFECTAN LOS GASTOS MÉDICOS SU PORCIÓN DE LA RENTA

La Autoridad de Viviendas revisará y evaluará cada uno de los gastos médicos en su lista, para determinar si reúnen los requisitos mencionados arriba y si han sido debidamente verificados. Es posible que se determine que algunos de sus gastos no están permitidos. Se sumarán los gastos permitidos, y la porción de sus gastos permitidos que supere el 3% (tres por ciento) de sus ingresos anuales totales se deducirá de sus ingresos con el fin de determinar su renta. Por lo tanto, si sus gastos médicos son muy pocos en proporción a sus ingresos, puede ser que no reciba descuento por gastos médicos. La cantidad final de los gastos médicos permitidos aparecerá en el aviso de renta que recibe.

Si necesita información adicional, por favor llame al Centro de Información al (831) 454-9477.



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Gastos de su bolsillo, no reembolsados: MEDICINAS

Persona principal del hogar: _____

Nº de ident. del inquilino: _____

Use el formulario a continuación para toda la información sobre cada medicina para la que tiene una receta continua y por la que no será reembolsado, que usted pagará de su propio bolsillo.

Definición de gastos médicos permitidos: los gastos médicos que representan el costo de diagnosis, cura, tratamiento o prevención de una enfermedad específica, y el costo de tratamientos que afecten cualquier parte o función del cuerpo.

Estos gastos incluyen pagos por servicios médicos legales ejecutados por médicos, cirujanos, dentistas y otros proveedores de asistencia médica. Incluyen el costo de quipos, materiales y aparatos de diagnóstico necesarios para estos propósitos. Los gastos médicos deben ser principalmente para aliviar o prevenir un defecto o enfermedad física o mental. **No incluyen gastos que sean simplemente beneficiosos para la salud en general, como vitaminas o unas vacaciones.** Los gastos médicos incluyen las primas de seguro que paga para cubrir los gastos de atención médica y las cantidades pagadas para el transporte al lugar donde recibe la atención médica. Los gastos médicos incluyen también cantidades pagadas por servicio calificado de cuidado a largo plazo y cantidades limitadas pagadas por cualquier contrato de seguro médico calificado a largo plazo.

Artículo	Nombre del miembro de la familia	Tipo de gasto médico	# de veces por año	Costo a la familia por compra	Para uso de la A. de V.
1.		<input type="checkbox"/> Recetado <input type="checkbox"/> Sin receta			
<p>¿Está de acuerdo este gasto con la definición de medicamento permitido dada anteriormente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Por la presente certifico que la persona arriba nombrada recibe un medicamento permitido de manera continua, y que la frecuencia de compra y el costo a la familia <u>no reembolsado</u>, por compra, son correctos, según mi conocimiento.</p> <p>a. Farmacia / Oficina: _____</p> <p>b. Nombre: _____ Teléfono: _____</p> <p>c. Tipo de proveedor de asistencia médica: _____</p>					

Por la presente certifico que esta información es verdadera, correcta y completa y que no he sido reembolsado ni se me reembolsará cualquier porción de los gastos arriba mencionados. **Advertencia – La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE.UU. declara que cualquier persona será culpable de felonía si a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones fraudulentas o falsas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.**

_____ x _____
 Nombre de la persona principal de la familia en letra de imprenta Firma Fecha



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Gastos de su bolsillo, no reembolsados: VISITAS A MÉDICOS / PLANES DE PAGOS

Persona principal de la familia: _____

Nº de ident. del inquilino: _____

Use el formulario a continuación para toda la información sobre cada medicina para la que tiene una receta continua y por la que no será reembolsado, que usted pagará de su propio bolsillo.

Definición de gastos médicos permitidos: los gastos médicos que representan el costo de diagnosis, cura, tratamiento o prevención de una enfermedad específica, y el costo de tratamientos que afecten cualquier parte o función del cuerpo.

Estos gastos incluyen pagos por servicios médicos legales ejecutados por médicos, cirujanos, dentistas y otros proveedores de asistencia médica. Incluyen el costo de quipos, materiales y aparatos de diagnóstico necesarios para estos propósitos. Los gastos médicos deben ser principalmente para aliviar o prevenir un defecto o enfermedad física o mental. **No incluyen gastos que sean simplemente beneficiosos para la salud en general, como vitaminas o unas vacaciones.** Los gastos médicos incluyen las primas de seguro que paga para cubrir los gastos de atención médica y las cantidades pagadas para el transporte al lugar donde recibe la atención médica. Los gastos médicos incluyen también cantidades pagadas por servicio calificado de cuidado a largo plazo y cantidades limitadas pagadas por cualquier contrato de seguro médico calificado a largo plazo.

Artículo	Miembro de la familia	Tipo de gasto médico	Frecuencia de la visita / Pago	Costo a la familia por visita / Pago	Balance actual (si existe)	Para uso de la A. de V.
1.		<input type="checkbox"/> Visita regular <input type="checkbox"/> Balance no pagado				
<p>¿Está de acuerdo este gasto con la definición de gasto permitido dada anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Por la presente certifico que la persona arriba nombrada tiene gastos permitidos para visitas de manera continua y / o debe un balance por el que tiene un plan de pagos, y que la frecuencia y el costo <u>no reembolsado</u> a la familia por visita o por pago son correctos según mi conocimiento.</p> <p>a. Grupo Médico / Oficina: _____</p> <p>b. Nombre: _____ Teléfono: _____</p> <p>c. Tipo de proveedor de asistencia médica: _____</p>						

Por la presente certifico que esta información es verdadera, correcta y completa y que no he sido reembolsado ni se me reembolsará cualquier porción de los gastos arriba mencionados. **Advertencia – La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos declara que cualquier persona será culpable de felonía si a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones fraudulentas o falsas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.**

x

Nombre de la persona principal de la familia en letra de imprenta

Firma

Fecha



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Gastos de su bolsillo, no reembolsados: PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

Persona principal de la familia: _____

Nº de ident. del inquilino: _____

Use el formulario a continuación para información sobre cualquier prima de seguro médico no reembolsada, pagada de su bolsillo que usted pague de manera regular y continua. La información en este formulario debe ir acompañada por el **original** de la factura actual o por un comprobante de pago para que sea considerada como gasto médico válido para el propósito de la Deducción de Gastos Médicos.

Artículo	Miembro de la familia	Nombre y dirección de la Compañía de Seguro / Agencia a la que le paga las primas	# de veces por año	Costo a la familia por pago	Para uso de la A. de V.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Por la presente certifico que esta información es correcta, verdadera y completa y que no he sido ni seré reembolsado por ninguna porción de los gastos mencionados anteriormente.

ADVERTENCIA- LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS DECLARA QUE CUALQUIER PERSONA SERÁ CULPABLE DE FELONÍA POR HACER, A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE, DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

x _____
 Nombre de la persona principal de la familia en letra de imprenta Firma Fecha



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Gastos de su bolsillo, no reembolsados:
GASTOS PREVISTOS DE UNA SOLA VEZ

Persona Principal de la familia: _____

Nº de ident. del inquilino: _____

Use el formulario a continuación para la información sobre gastos previstos que pagará una sola vez durante los próximos doce meses, por los que no será reembolsado y que pagará de su bolsillo. Gastos previstos de una sola vez pueden incluir tratamientos (como cirugía o procedimiento) o materiales o equipo (como anteojos).

Definición de gastos médicos permitidos: los gastos médicos que representan el costo de diagnosis, cura, tratamiento o prevención de una enfermedad específica, y el costo de tratamientos que afecten cualquier parte o función del cuerpo.

Estos gastos incluyen pagos por servicios médicos legales ejecutados por médicos, cirujanos, dentistas y otros proveedores de asistencia médica. Incluyen el costo de quipos, materiales y aparatos de diagnóstico necesarios para estos propósitos. Los gastos médicos deben ser principalmente para aliviar o prevenir un defecto o enfermedad física o mental. **No incluyen gastos que sean simplemente beneficiosos para la salud en general, como vitaminas o unas vacaciones.** Los gastos médicos incluyen las primas de seguro que paga para cubrir los gastos de atención médica y las cantidades pagadas para el transporte al lugar donde recibe la atención médica. Los gastos médicos incluyen también cantidades pagadas por servicio calificado de cuidado a largo plazo y cantidades limitadas pagadas por cualquier contrato de seguro médico calificado a largo plazo.

Miembro de la familia	Tipo de gasto médico	Costo a la familia	Fecha esperada / concertada	Para uso de la A. de V.
	<input type="checkbox"/> Tratamiento/Procedimiento <input type="checkbox"/> Equipo/Mantenimiento			
<p>¿Espera pagar de una vez o tener un plan de pagos? <input type="checkbox"/> Pagar de una vez <input type="checkbox"/> Plan de pagos</p> <p>Si espera un plan de pagos, por favor dé la frecuencia con la que espera pagarlos y la cantidad que espera pagar.</p> <p>Frecuencia de los pagos: _____ Cantidad por pago: _____</p> <p>¿Está de acuerdo este gasto con la definición de gasto permitido arriba dada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Por la presente certifico que la persona arriba nombrada ha concertado o tiene previsto un gasto permitido, y que el costo a la familia y la fecha concertada o esperada son correctos según mi conocimiento.</p> <p>a. Grupo Médico / Oficina: _____</p> <p>b. Nombre: _____ Teléfono: _____</p> <p>c. Tipo de proveedor de asistencia médica: _____</p>				

Por la presente certifico que esta información es verdadera, correcta y completa y que no he sido reembolsado ni se me reembolsará cualquier porción de los gastos arriba mencionados. **Advertencia – La Sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos declara que cualquier persona será culpable de felonía si a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones fraudulentas o falsas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.**

x _____
 Persona principal de la familia en letra de imprenta Firma Fecha



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Gastos fuera de su bolsillo, no reembolsados: Transporte / Millaje a citas de atención médica

Persona principal de la familia: _____

Nº de ident. del inquilino: _____

Use el formulario a continuación para información sobre los gastos de transporte o millas viajadas para ir a citas médicas continuas y regulares por las que no será reembolsado y que pagará de su bolsillo.

Definición de gastos médicos permitidos: los gastos médicos que representan el costo de diagnóstico, cura, tratamiento o prevención de una enfermedad específica, y el costo de tratamientos que afecten cualquier parte o función del cuerpo.

Estos gastos incluyen pagos por servicios médicos legales ejecutados por médicos, cirujanos, dentistas y otros proveedores de asistencia médica. Incluyen el costo de quipos, materiales y aparatos de diagnóstico necesarios para estos propósitos. Los gastos médicos deben ser principalmente para aliviar o prevenir un defecto o enfermedad física o mental. **No incluyen gastos que sean simplemente beneficiosos para la salud en general, como vitaminas o unas vacaciones.** Los gastos médicos incluyen las primas de seguro que paga para cubrir los gastos de atención médica y las cantidades pagadas para el transporte al lugar donde recibe la atención médica. Los gastos médicos incluyen también cantidades pagadas por servicio calificado de cuidado a largo plazo y cantidades limitadas pagadas por cualquier contrato de seguro médico calificado a largo plazo.

Artículo	Lugar de la cita (Dirección completa)	Frecuencia	Complete el número de Millas (ida y vuelta)	Millas (Para uso de HA Solamente)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Por la presente certifico que esta información es verdadera, correcta y completa y que no he sido reembolsado ni se me reembolsará cualquier porción de los gastos arriba mencionados. **Advertencia – La Sección 1001 del Título 18 del código de los estados unidos declara que cualquier persona será culpable de felonía si a sabiendas y voluntariamente hace declaraciones fraudulentas o falsas a cualquier departamento o agencia de los estados unidos.**

x _____
 Nombre de la persona principal de la familia en letra de imprenta Firma Fecha