

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
**DIVISIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA**

PROYECTO DE SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA ADULTOS MAYORES  
DE ALABAMA

**(ALABAMA ELDERLY SIMPLIFIED APPLICATION PROJECT, AESAP)**

**GASTOS MÉDICOS**

Reclamar y verificar gastos médicos de su bolsillo puede incrementar sus beneficios de Asistencia Alimentaria.

La reglamentación de la Asistencia Alimentaria le da el derecho de reclamar gastos médicos permitidos. Los gastos médicos verificados (más de \$35 al mes) serán deducidos de sus ingresos contables, así puede recibir más beneficios de Asistencia Alimentaria.

Si sus gastos médicos verificados exceden los \$35 y son iguales o menores de \$175, calificará para Deducción Médica Estándar.

Si sus gastos médicos exceden los \$175 al mes, podría ser elegible para una deducción médica más alta.

**ALGUNOS EJEMPLOS DE GASTOS  
MÉDICOS PERMITIDOS ESTÁN  
ENUMERADOS EN EL REVERSO DE ESTE  
FOLLETO**

**INCLUYA SU NOMBRE Y EL  
NUMERO DE SU CASO DE  
ASISTENCIA ALIMENTARIA  
CUANDO ENVÍE LOS  
COMPROBANTES DE ESTOS  
GASTOS**

## GASTOS MÉDICOS PERMITIDOS

**A continuación, una lista de la mayoría de los gastos médicos permitidos. Si tiene algunos de estos gastos, márquelos y envíe comprobantes de la cantidad y frecuencia de pago.**

++++ Medicamentos con receta (una copia impresa de la farmacia de los dos meses pasados o más).

++++ Facturas del hospital (cualquier factura actual pendiente).

++++ Consultas con el médico, el dentista o cualquier otro profesional de atención médica y una declaración del médico en la que se indique la frecuencia con la que se espera que lo atienda y cuánto paga por cada consulta.

++++ Medicamentos de venta libre que hayan sido recetados por un médico (declaración del médico, 2 meses de recibos y frecuencia de pago).

++++ prima de Medicare, declaración de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) en la que se indique la cantidad retenida del beneficio mensual.

++++ Prima del seguro hospitalario (declaración actual/cupón del proveedor que indique su nombre en la información).

++++ Seguro para cobertura de medicamentos con receta (declaración actual/cupón del proveedor que indique su nombre en la información).

++++ Gastos de transporte para ir a citas médicas, a hospitales o a farmacias (número de traslados hechos cada mes verificados por su médico y declaración de la persona a quien le paga en la que se compruebe la cantidad que se cobra por el transporte. Si usted conduce, el número de millas que recorre en un sentido).

++++ Dispositivos o equipos médicos (aparatos auditivos, sillas de ruedas, extremidades protésicas, anteojos, lentes de contacto, dentaduras, etc.).

++++ Servicios de cuidador o ayudante en casa (verificación del médico sobre la necesidad de estos servicios y una declaración de la persona que provee el servicio para verificar el costo).

++++ Animal de asistencia (incluye comida, cuidado veterinario y otros costos relacionados).

**Enumere a continuación cualquier otro gasto que haga relacionado con su atención médica (y envíe comprobante); nosotros determinaremos si también se pueden usar. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de AESAP por el 1-800-438-2958.**

---

---

---

---

**Envíe el comprobante de sus gastos médicos a: Proyecto de solicitud simplificada para adultos mayores de Alabama  
División de Asistencia Alimentaria del Departamento de Recursos Humanos de Alabama  
50 N. Ripley Street Montgomery, AL 36177-8633  
O envíe un FAX al: (334) 353-1177**