Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

Solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare

Lea lo siguiente antes de contestar la solicitud.

Según sus ingresos y recursos, el Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) puede ayudar a pagar su prima de la Parte B de Medicare. También pueden cubrirse otros costos no pagados por Medicare, incluyendo deducibles, coaseguros y copagos.

Hay cinco maneras de entregar esta solicitud:

- **Correo:**
  DSHS
  CSD Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
- **Fax:** 1-888-338-7410
- **Internet: washingtonconnection.org**
- **Teléfono:** 1-877-501-2233
- **En persona:** Encuentre un buzón en la oficina de servicios comunitarios de su localidad en **dshs.wa.gov/office-locations**

1 Información del solicitante principal

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido y sufijo _____

Domicilio de residencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono principal _____ Número de teléfono secundario _____

¿Necesita ayuda para hablar, leer o escribir en inglés? ☐ No ☐ Sí

¿Necesita un intérprete? ☐ No ☐ Sí

_____

Si contestó que sí, le proporcionaremos uno. ¿Qué idioma habla? (incluyendo lengua de señas estadounidense)

2 Información acerca de usted y su familia

Incluya la información sobre su persona, su cónyuge y todos los dependientes que vivan con usted incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si es necesario) .

USTED MISMO

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) | Sexo asignado al nacer | Parentesco con usted | Fecha de nacimiento

Número del Seguro Social (NSS)* | ¿Desea cobertura para esta persona? ☐ No ☐ Sí

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano de EE. UU. ☐ No ☐ Sí | Residente de Washington ☐ No ☐ Sí

¿Es usted de origen hispano, latino, o español? (OPCIONAL)

☐ Cubano ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano ☐ No español/hispano

☐ Otro español/hispano ☐ Puertorriqueño

Raza (OPCIONAL – seleccione hasta cinco que correspondan)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Tailandés

☐ Asiático ☐ Filipino ☐ Laosiano ☐ Vietnamita

☐ Indio asiático ☐ Guameño ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otra raza

☐ Camboyano ☐ Japonés ☐ Samoano

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que proporcione no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) | Sexo asignado al nacer | Parentesco con usted (p.ej. cónyuge, hijo) | Fecha de nacimiento

Número del Seguro Social (NSS)* | ¿Desea cobertura para esta persona? ☐ No ☐ Sí

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano de EE. UU. ☐ No ☐ Sí | Residente de Washington ☐ No ☐ Sí

¿Es usted de origen hispano, latino, o español? (OPCIONAL)

☐ Cubano ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano ☐ No español/hispano

☐ Otro español/hispano ☐ Puertorriqueño

Raza (OPCIONAL – seleccione hasta cinco que correspondan)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska	☐ Chino	☐ Coreano	☐ Tailandés
☐ Asiático	☐ Filipino	☐ Laosiano	☐ Vietnamita
☐ Indio asiático	☐ Guameño	☐ Otro isleño del Pacífico	☐ Blanco
☐ Negro o afroamericano	☐ Hawaiano	☐ Otra raza	
☐ Camboyano	☐ Japonés	☐ Samoano	

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que proporcione no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) _____ Sexo asignado al nacer _____ Parentesco con usted (p.ej. cónyuge, hijo) _____ Fecha de nacimiento _____

Número del Seguro Social (NSS)* _____ ¿Desea cobertura para esta persona? ☐ No ☐ Sí

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano de EE. UU. ☐ No ☐ Sí Residente de Washington ☐ No ☐ Sí

¿Es usted de origen hispano, latino, o español? (OPCIONAL)

☐ Cubano	☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano	☐ No español/hispano
☐ Otro español/hispano	☐ Puertorriqueño	

Raza (OPCIONAL – seleccione hasta cinco que correspondan)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska	☐ Chino	☐ Coreano	☐ Tailandés
☐ Asiático	☐ Filipino	☐ Laosiano	☐ Vietnamita
☐ Indio asiático	☐ Guameño	☐ Otro isleño del Pacífico	☐ Blanco
☐ Negro o afroamericano	☐ Hawaiano	☐ Otra raza	
☐ Camboyano	☐ Japonés	☐ Samoano	

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que proporcione no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) _____ Sexo asignado al nacer _____ Parentesco con usted (p.ej. cónyuge, hijo) _____ Fecha de nacimiento _____

Número del Seguro Social (NSS)* _____ ¿Desea cobertura para esta persona? ☐ No ☐ Sí

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano de EE. UU. ☐ No ☐ Sí Residente de Washington ☐ No ☐ Sí

¿Es usted de origen hispano, latino, o español? (OPCIONAL)

☐ Cubano ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano ☐ No español/hispano

☐ Otro español/hispano ☐ Puertorriqueño

Raza (OPCIONAL – seleccione hasta cinco que correspondan)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Tailandés

☐ Asiático ☐ Filipino ☐ Laosiano ☐ Vietnamita

☐ Indio asiático ☐ Guameño ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otra raza

☐ Camboyano ☐ Japonés ☐ Samoano

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que proporcione no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido) | Sexo asignado al nacer | Parentesco con usted (p.ej. cónyuge, hijo) | Fecha de nacimiento

Número del Seguro Social (NSS)* ¿Desea cobertura para esta persona? ☐ No ☐ Sí

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano de EE. UU. ☐ No ☐ Sí Residente de Washington ☐ No ☐ Sí

¿Es usted de origen hispano, latino, o español? (OPCIONAL)

☐ Cubano ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano ☐ No español/hispano

☐ Otro español/hispano ☐ Puertorriqueño

Raza (OPCIONAL – seleccione hasta cinco que correspondan)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Tailandés

☐ Asiático ☐ Filipino ☐ Laosiano ☐ Vietnamita

☐ Indio asiático ☐ Guameño ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otra raza

☐ Camboyano ☐ Japonés ☐ Samoano

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que proporcione no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

*La HCA no proporciona esta información a ninguna autoridad de inmigración para fines de aplicación de las leyes migratorias. Deje este espacio en blanco si no tiene un SSN.

3 Información sobre cobertura médica

Elegible para recibir o recibe: Medicare parte A
Marque la opción que corresponda.

Usted mismo ☐ No ☐ Sí Número de Medicare _____

Cónyuge ☐ No ☐ Sí Número de Medicare _____

Otro ☐ No ☐ Sí Número de Medicare _____

Elegible para recibir o recibe: Parte B de Medicare
Marque la opción que corresponda.

Usted mismo ☐ No ☐ Sí Número de Medicare _____

Cónyuge ☐ No ☐ Sí Número de Medicare _____

Otro ☐ No ☐ Sí Número de Medicare _____

Yo/Nosotros tengo/tenemos otra cobertura médica. ☐ No ☐ Sí

_____

Si contestó que sí, ¿qué seguro y a quiénes cubre?

¿Pagó las primas de Medicare de la Parte A o la Parte B de Medicare en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Sí

_____

Si contestó que sí, díganos qué meses

4 Ingresos

Por cada persona incluida en esta solicitud que cuente con ingresos, indíquelos a continuación. Indique el monto de los ingresos antes de restar las deducciones (tales como impuestos o seguros). Los ingresos incluyen, entre otros:

- Sueldos
- Empleo independiente
- Comisiones
- Alojamiento y comidas/Alquiler
- Beneficios del ferrocarril
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios para veteranos
- Beneficios por divorcio
- Desempleo o incapacidad laboral
- SSI/Asistencia pública
- Pensiones/Jubilación
- Dividendos e intereses
- Otro

Nombre	Empleador o fuente de ingresos	Monto antes de deducciones	¿Con qué frecuencia lo recibe?

5 Información del representante autorizado

Un representante autorizado es un adulto que tiene suficiente conocimiento de las circunstancias del hogar y que ha sido autorizado por el hogar para actuar en su nombre para efectos de elegibilidad.

Al designar a un representante autorizado, usted otorga permiso a su representante autorizado para:

- Firmar la solicitud en su nombre;
- Recibir avisos relacionados con su solicitud y su cuenta; y
- Actuar en su nombre para todas las cuestiones relacionadas con la solicitud y la cuenta.

1. ¿Va a designar un representante autorizado? ☐ No ☐ Sí

2. ¿Desea que su representante autorizado reciba notificaciones relacionadas con su solicitud y su cuenta?

   ☐ No ☐ Sí

3. ¿Este representante autorizado tiene tutela legal? ☐ No ☐ Sí Si contestó que sí, quién: _____

4. ¿Este representante autorizado tiene poder notarial? ☐ No ☐ Sí Si contestó que sí, quién: _____

_____ _____

Nombre del representante autorizado / Organización Número de teléfono

_____ _____

Dirección postal del representante autorizado Correo electrónico

6 Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro para votantes, incluyendo el registro automático de votantes.

Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que puede recibir de esta agencia. Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar el formulario de registro como votante en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse para votar o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante la

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, correo electrónico **elections@sos.wa.gov**, o llame al 1-800-448-4881.

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante? ☐ No ☐ Sí

Si no marca ninguna casilla, consideraremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento, excepto cuando sea elegible para el registro automático como votante y no lo rechace.

Si no marca la casilla "No", usted podría ser elegible para el registro automático como votante. Usted es elegible para el registro automático como votante si tendrá al menos 18 años de edad en la siguiente elección, es ciudadano de Estados Unidos de América y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, comprobantes de información de ciudadanía, y su firma corroborando la veracidad de la información provista en esta solicitud.

¿**Desea ser registrado automáticamente para votar?** ☐ No ☐ Sí

Si marcó la casilla "Sí" o no marcó ninguna de las casillas y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático como votante, el DSHS enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y será registrado como votante de manera automática.

7 Autorización

Entiendo que la información que proporcione para solicitar asistencia estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar si es correcta. Entiendo que esta autorización terminará cuando se tome una decisión adversa definitiva sobre mi solicitud, cuando termine mi elegibilidad para beneficios, o si yo revoco esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a la HCA o el DSHS. Entiendo que en caso de que yo revoque la autorización o me niegue a otorgarla no seré elegible para programas de Medicaid para personas ancianas, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health (relacionados con SSI).

8 Lea detenidamente antes de firmar

Entiendo que:

- Debo informar inmediatamente a la agencia o al representante de la agencia, por escrito o por teléfono, sobre cualquier cambio en mi situación. Los informes tardíos pueden causar beneficios equivocados.
- Mi situación está sujeta a verificación por parte de la Agencia o de cualquier otro estado o agencia federal.
- Para recibir ayuda, debo presentar pruebas cuando se solicite. La agencia o la persona que designe la agencia pueden ayudarme a obtener pruebas o a comunicarme con otras personas o agencias para ello.
- Al solicitar y obtener beneficios del cuidado de la salud, yo cedo al Estado de Washington todos los derechos de asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios del cuidado de la salud.

Para hacer comentarios o incluir más información, adjunte una hoja adicional.

9 Declaración y firma(s)

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionar es verdadera y correcta y está completa en la medida de mi conocimiento.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Firma de la persona que ayuda al solicitante (si corresponde) _____ Organización _____ Fecha _____

La HCA y el DSHS cumplen con todas las leyes vigentes federales y del Estado de Washington sobre derechos civiles y asumen el compromiso de ofrecer un acceso equitativo a sus servicios. Si necesita alguna adaptación, o si requiere documentos en otro formato o idioma, llame al 1-877-501-2233.