

# Solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare

Lea lo siguiente antes de contestar la solicitud.

Dependiendo de sus ingresos, el programa Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) puede ayudar a pagar sus primas de Medicare u otros costos no pagados por Medicare, que incluyen 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](http://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](http://dshs.wa.gov/office-locations)

1

## Nombre e información de contacto del solicitante

Nombre (del solicitante)

Inicial del segundo nombre

Apellido y sufijo

Número de identificación del cliente (si corresponde)

Dirección del lugar en donde vive

Ciudad

Estado

Código postal

Marque esta casilla si no tiene una dirección física

Dirección postal (si es diferente)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono principal

Número de teléfono secundario

¿Usted u otra persona incluida en su solicitud necesitará un intérprete, o recibir documentos en otro idioma? No Sí

Si contestó que sí, ¿qué idioma o formato alternativo necesita? Escriba todos los que correspondan:

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

**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.**

## 4

### Información sobre cobertura médica

#### **Elegible para recibir o recibe: Parte A 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 \_\_\_\_\_

#### **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

**5**

**Ingresos**

Escriba sus ingresos y los del cónyuge que vive con usted (si corresponde). 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
- Ingreso tribal\*
- SSI/Asistencia pública
- Pensiones/Jubilación
- Dividendos e intereses
- Otro

\*Consulte la hoja informativa de ingresos tribales para ver si sus ingresos tribales deben contarse: [hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf](http://hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf)

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

**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](mailto: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**

### **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.**

**8**

### **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 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.