

Solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare

Application for Medicare Savings Programs

Por favor, lea lo siguiente antes de completar 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. Para algunos, el MSP puede pagar las primas de Medicare y otros costos que Medicare no cubre. Éstos incluyen deducibles, coseguros y copagos de Medicare.

Usted deberá contestar todas las preguntas para que sepamos si le podemos ayudar. Si usted necesita ayuda para completar alguna parte de este formulario, llame a su Oficina de Servicios Comunitarios local.

Por favor escriba en letra molde.

1. Nombre		Inicial intermedia	Apellido		
2. Domicilio de residencia			Ciudad	Estado	Código postal
3. Dirección postal (si es diferente)			Ciudad	Estado	Código postal
4. Número de teléfono Principal: _____ Otro: _____					
5. ¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, le proporcionaremos uno. ¿Qué idioma habla? _____					
INFORMACIÓN GENERAL					
INCLÚYASE A USTED MISMO Y A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED. Utilice los nombres legales.					
Nombre (Primer nombre, inicial intermedia, apellido)	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento	¿Solicita beneficios? Sí No	Número de Seguro Social	Sexo M o F
	USTED MISMO				
	CÓNYUGE				
INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA					
Marque la opción que corresponda				Número de Medicare	
Elegible para recibir o recibe: Medicare Parte A		Usted mismo	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		Cónyuge	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		Otro	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Marque la opción que corresponda				Número de Medicare	
Elegible para recibir o recibe: Medicare Parte B		Usted mismo	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		Cónyuge	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
		Otro	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Yo/Nosotros tengo/tenemos otra cobertura médica. Sí NO

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? Sí NO

Si contestó que sí, díganos en qué meses _____

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 pero no se limitan a:

- Salarios
- Empleo independiente
- Comisiones
- Alojamiento y comidas/Alquiler
- Beneficios ferroviarios
- Beneficios del Seguro Social
- Beneficios para veteranos
- Beneficios alimenticios
- Desempleo o incapacidad laboral
- SSU/Asistencia pública
- Pensiones/Jubilación
- Dividendos e intereses
- Otros

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

ACTIVOS

A. Escriba todos sus activos. Los activos incluyen cuentas bancarias, certificados de depósito, bonos de ahorro, IRA, acciones y bonos, fondos mutuos, dinero en efectivo y bienes muebles o inmuebles que no sean su vivienda principal ni su automóvil.

Si contestó que sí, indique a continuación:

Nombre del propietario	Tipo/número de cuenta del activo	Valor presente

B. ¿Usted o su cónyuge tienen o van a comprar un automóvil u otro vehículo (camión, bote, casa rodante, moto, caravana y/o remolque?) Sí NO

Si contestó que sí, indique a continuación:

Nombre del propietario	Artículo	Año	Marca/modelo	¿Utiliza el vehículo para asistir a citas médicas?	Valor	Monto adeudado
				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

C. ¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida integral con un valor en efectivo superior a \$1,500? Además, mencione su seguro funerario o sus planes funerarios.				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si contestó que sí, indique a continuación:					
Titular de la póliza	Nombre de la compañía de seguro/número de póliza	Valor nominal	Valor en efectivo	¿Quién tiene cobertura?	
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO					
<p>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.</p> <p>Al designar a un representante autorizado, usted otorga permiso a su representante autorizado para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>1. ¿Va a designar un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Desea que su representante autorizado reciba notificaciones relacionadas con su solicitud y su cuenta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Este representante autorizado tiene tutela legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿quién?: _____</p> <p>4. ¿Este representante autorizado tiene poder notarial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, ¿quién?: _____</p>					
Nombre del representante autorizado / Organización					
Número de teléfono					
Dirección de correo postal del representante autorizado					
Dirección de correo electrónico					
REGISTRO DE VOTANTES					
<p>El Departamento ofrece servicios de registro para votantes incluyendo el registro automático de votantes.</p> <p>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. Usted decide si desea buscar o aceptar ayuda. Puede llenar el formulario de registro de 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: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si no marca ninguna casilla, consideraremos que su elección fue no registrarse para votar en este momento, salvo cuando sea elegible para el registro automático de votantes y no lo rechace.</p> <p>A menos que haya marcado "No" arriba, usted puede ser elegible para el registro automático de votantes. Usted es elegible para el registro automático de votantes si tendrá al menos 18 años de edad en las siguientes elecciones, es ciudadano de Estados Unidos de América, y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, información de comprobantes de ciudadanía y su firma declarando la veracidad de la información provista en esta solicitud.</p> <p>¿Desea que se le registre automáticamente para votar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si marcó la casilla "Sí", o si no marcó ninguna casilla y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático de votantes, el DSHS enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y lo registrarán automáticamente para votar.</p>					

AUTORIZACIÓN:		
<p>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. Autorizo a la Autoridad de Servicios de Salud del Estado de Washington (por sus siglas en inglés, "HCA") y al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, "DSHS") para que realicen la verificación de mis activos para confirmar mi elegibilidad y para verificar la exactitud de mi información financiera. Entiendo que la HCA y el DSHS pueden investigar y comunicarse con cualquier institución financiera, agencia estatal o federal, y base de datos privada como parte del proceso de verificación de activos. 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 ningún programa de Medicaid para personas ancianas, ciegas o discapacitadas de Washington Apple Health.</p>		
LEA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR		
Entiendo que:		
<ul style="list-style-type: none"> • 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 otorgo al Estado de Washington todos los derechos de asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios del cuidado de la salud. 		
DECLARACIÓN Y FIRMA(S)		
<p>He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.</p>		
Firma del solicitante	Fecha	
Firma del cónyuge	Fecha	
Firma de la persona que ayuda al solicitante	Organización	Fecha

INFORMACIÓN VOLUNTARIA	
<p>Le solicitamos que nos informe voluntariamente sobre su raza o antecedentes étnicos. Esta información no será tomada en cuenta al considerar su elegibilidad para beneficios.</p>	
<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Vietnamita/Laosiano/Camboyanos	<input type="checkbox"/> Tribu: _____
<input type="checkbox"/> Otro asiático o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Firme y feche su solicitud y envíela a su Oficina de Servicios Comunitarios local o por correo a:

DSHS
 CSD Customer Service Center
 PO Box 11699
 Tacoma, WA 98411-6699

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 facilidad, o si requiere documentos en otro formato o idioma, llame al 1-877-501-2233.