

Aplikasyon Para sa Mga Medicare Savings Program

Application For Medicare Savings Programs

Pakibasa ang sumusunod bago kompletuhin ang aplikasyon.

Depende sa inyong kita at mga mapagkukunan, makakatulong sa inyo ang Medicare Savings Program (MSP) na mabayaran ang inyong hulugan o premium sa Medicare Part B. Para sa ilan, maaaring bayaran ng MSP ang mga hulugan sa Medicare at iba pang mga gastos sa Medicare na hindi nabayaran ng Medicare. Kabilang dito ang mga deductible, coinsurance, at mga copayment ng Medicare.

Kailangan ninyong sagutin ang lahat ng mga tanong bago namin malaman kung makakatulong kami sa inyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagkompleto sa anumang bahagi ng form na ito, tawagan ang inyong lokal na Community Services Office.

Pakilimbag.

1. PANGALAN		INISYAL NG GITNANG APELYIDO	APELYIDO		
2. ADDRESS NG TIRAHAN		SIYUDAD	ESTADO	ZIP CODE	
3. ADDRESS SA KOREO (KUNG IBA)		SIYUDAD	ESTADO	ZIP CODE	
4. NUMERO NG TELEPONO Pangunahin: _____ Iba pa: _____					
5. Nahihirapan ba kayo sa pagsasalita, pagbasa, o pagsulat ng Ingles? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI Kailangan ba ninyo ang isang interpreter? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI Kung oo, magbibigay kayo ng isang interpreter. Ano ang wikang sinasalita ninyo? _____					
PANGKALAHATANG IMPORMASYON					
ILISTA ANG SARILI AT LAHAT NG IBA PA NA NAKATIRA KASAMA NINYO. GAMITIN ANG LEGAL NA MGA PANGALAN.					
BUONG PANGALAN (PANGALAN, INISYAL NG GITNANG APELYIDO, APELYIDO)	KAUGNAYAN SA INYO	PETSA NG KAPANGA NAKAN	NAG-AAPLAY PARA SA MGA BENEPISYO? OO HINDI	SOCIAL SECURITY NUMBER	KASARIAN L O B
	SARILI				
	ASAWA				
IMPORMASYON SA MEDIKAL NA KASAKLAWAN					
TSEKAN ANG NAAANGKOP				NUMERO NG MEDICARE	
Kwalipikado para sa o tumatanggap ng: Medicare Part A					
	Sarili	OO <input type="checkbox"/>	HINDI <input type="checkbox"/>		
	Asawa	OO <input type="checkbox"/>	HINDI <input type="checkbox"/>		
	Iba pa	OO <input type="checkbox"/>	HINDI <input type="checkbox"/>		
TSEKAN ANG NAAANGKOP				NUMERO NG MEDICARE	
Kwalipikado para sa o tumatanggap ng: Medicare Part B					
	Sarili	OO <input type="checkbox"/>	HINDI <input type="checkbox"/>		
	Asawa	OO <input type="checkbox"/>	HINDI <input type="checkbox"/>		
	Iba pa	OO <input type="checkbox"/>	HINDI <input type="checkbox"/>		

Ako/kami ay may iba pang kasaklawang medikal. OO WALA

Kung oo, anong insurance at kanino ito sumasaklaw?

Nagbayad ba kayo ng mga hulugan sa Medicare para sa Medicare Part A o Part B sa huling 3 buwan? OO HINDI

Kung oo, sabihin sa amin kung aling mga buwan _____

KITA

Para sa bawat tao na inilakip ninyo sa aplikasyong ito na may kita, ilarawan ang kita sa ibaba. Ilista ang halaga bago kinuha ang mga bawas (gaya ng mga buwis o insurance). Ang kita ay kinabibilangan ngunit hindi limitado sa:

- Mga sahod
- Mga benepisyo sa riles
- Mga Benepisyo sa Suporta ng Asawa
- Mga Pensiyon/Pagreretiro
- Self-employment
- Mga Benepisyo sa Social Security
- Kompensasyon ng Kawalang Trabaho o ng Manggagawa
- Mga dibidendo at Tubo
- Mga komisyon
- Mga Benepisyo ng Beterano
- SSU/Pampublikong Tulong
- Iba pa
- Silid at Pagkain/Renta

PANGALAN	EMPLOYER O PINAGMUMULAN NG KITA	HALAGA BAGO ANG MGA BAWAS	GAANO KADALAS MATANGGAP?

MGA ASSET

A. Ilista ang lahat ng mga asset (item na cash o maisasalin sa cash). Kabilang sa mga asset ang mga bank account, mga sertipiko ng deposito, mga savings bond, mga IRA, mga stock at bond, mga mutual fund, cash, at propyedad maliban sa inyong bahay o sasakyan.

Kung oo, pakilista sa ibaba:

PANGALAN NG MAY-ARI	URI/ACCOUNT NUMBER NG ASSET	KASALUKUYANG HALAGA

B. Kayo ba o ang inyong asawa ay nagmamay-ari o kayo ba ay bibili ng kotse o iba pang sasakyan (trak, bangka, motor home, motorsiko, camper at/o trailer?)

OO HINDI

Kung oo, pakilista sa ibaba:

PANGALAN NG MAY-ARI	ITEM	TAON	GAWA/MODELO	GINAGAMIT BA ANG SASAKYAN SA PAGPUNTA SA MGA PANGMEDIKAL NA APPOINTMENT?	PRESYO	HALAGANG DAPAT BAYARAN
				OO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/>		
				OO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/>		
				OO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/>		
				OO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/>		

C. Kayo ba o ang asawa ninyo ay may buong life insurance policy na may halaga ng cash na higit sa \$1,500? Ilista rin ang anumang insurance sa pagpapalibing o mga plano ng pagpapalibing.	OO <input type="checkbox"/> WALA <input type="checkbox"/>
---	---

Kung oo, pakilista sa ibaba:

MAY-ARI NG POLICY	PANGALAN NG KOMPANYA NG INSURANCE/POLICY NUMBER	PRESYO SA SERTIPIKO (FACE VALUE)	HALAGA NG CASH	SINO ANG SINASAKLAWAN?

BASAHIN NANG MABUTI BAGO PIRMAHAN

AKING NAIINTINDIHAN NA:

- Dapat kong ireport kaagad sa Ahensiya o sa taong itinalaga ng Ahensiya, sa panulat, o sa pamamagitan ng telepono, ang anumang mga pagbabago sa aking sitwasyon. Ang nahuling pagreport ay maaaring maging sanhi ng di-wastong mga benepisyo.
- Ang aking sitwasyon ay sakop ng pagbeberipika ng Ahensiya o iba pang mga ahensiya ng estado o pederal.
- Upang makatanggap ng tulong, dapat magbigay ako ng patunay kapag hiniling. Maaari akong tulungan ng Ahensiya o ng taong itinalaga ng Ahensiya sa pagkuha ng patunay o kontakin ang ibang mga tao o ahensiya para rito.
- Sa pamamagitan ng paghingi at pagtanggap ng benepisyo sa pangangalagang medikal, aking inilipat sa estado ng Washington ang lahat ng karapatan sa anumang suportang medikal, at sa anumang mga bayad ng ikatlong partido para sa pangangalagang medikal.

PAHAYAG AT (MGA) PIRMA

Aking nabasa at naintindihan ang impormasyon sa aplikasyong ito. Aking ipinapahayag, sa ilalim ng parusa ng panunumpa ng kasinungalingan, na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito ay totoo, wasto, at kompleto sa abot ng aking nalalaman.

PIRMA NG APLIKANTE	PETSA
PIRMA NG ASAWA	PETSA
PIRMA NG TAONG TUMULONG SA APLIKANTE	ORGANISASYON PETSA

PAGPAPALABAS NG IMPORMASYON

Aking pinapahintulutan ang Ahensiya o ang taong itinalaga ng Ahensiya na ilabas ang impormasyon tungkol sa aking aplikasyon para sa Medicare Savings Programs sa taong kumukompleto sa aplikasyong ito o sa kinatawan mula sa organisasyon ng taong iyon.

PIRMA NG APLIKANTE	PETSA
--------------------	-------

BOLUNTARYONG IMPORMASYON

Hinihiling namin na kusa ninyong sabihin sa amin ang inyong lahi o background na pang-etniko. Ang impormasyong ito ay hindi gagamitin sa pagkunsidera sa inyong kaangkupan para sa mga benepisyo.

- Caucasian Hispaniko Itim Katutubong Amerikano/Katutubong taga-Alaska
 Vietnamese/Laotian/Cambodian Tribo: _____
 Iba pang Asyano o Tagapulong Pasipiko Iba pa: _____

Pirmahan at petsahan ang inyong aplikasyon at ibalik ito sa inyong lokal na Community Services Office o ikoreo sa:

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

Ipinagbabawal ang diskriminasyon sa lahat ng mga programa at aktibidad na pinapangasiwaan ng Ahensiya o ng taong itinalaga ng Ahensiya. Walang sinuman ang hindi isasali mula sa mga programang ito batay sa lahi, kulay, pananampalataya, paniniwalang politikal, bansang pinagmulan, relihiyon, kasarian, o kapansanan.