

PENNSYLVANIA

Solicitud para el pago de los deducibles, coseguros y primas de Medicare

Si tiene una discapacidad y necesita este formulario impreso con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al número 1-800-692-7462. Para servicios de TDD, llame al número 1-800-451-5886.

This is an application for payment of your Medicare premiums, Coinsurance and Deductibles. If you need this application in a different language or someone to interpret, please contact your local county assistance office, CAO. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud para el pago de su Cobertura de Salud y/o primas de Medicare. Si necesita esta solicitud en otro idioma o servicios de interpretación, comuníquese con su oficina de asistencia del condado (CAO, por sus siglas en inglés) local. La asistencia para comunicarse en otro idioma se proporcionará gratuitamente.

Đây là một đơn xin thanh toán phí bảo hiểm, đồng bảo hiểm và các khoản khấu trừ của chương trình Medicare của quý vị. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc cần người phiên dịch, vui lòng liên hệ văn phòng hỗ trợ của hạt tại địa phương (CAO). Việc hỗ trợ về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសុំសំរាប់ការបង់ប្រាក់ចំណាយលើថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ធានារ៉ាប់រងអន្តរាគមន៍ និង ការដកហូតយកធានារ៉ាប់រង ។ ប្រសិនបើ លោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំ នេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ឱ្យជួយបកប្រែជូនលោកអ្នក សូមទាក់ទងមកកិច្ចការជំនួយប្រចាំប្រទេស, CAO ។ ចំពោះជំនួយខាងផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយពុំគិតថ្លៃ ។

Данный документ является заявлением на оплату страховых премий программы Medicare, совместного страхования и нестраховуемого минимума. Если это заявление необходимо вам на другом языке, или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки в вопросах социального обеспечения (County assistance office, CAO). Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

这是用于支付您医疗 (Medicare) 保险费用、共负保险额和自负额的申请书。如果您需要另一语言版本的申请书，或者需要他人加以解释，请与您当地的县援助办公室 (COA) 联系。将免费提供语言援助。

Información sobre su cobertura de atención de salud

¿Debería solicitar los beneficios?

Sí, los debería solicitar. Todas las personas tienen el derecho a solicitarlos y se les exhorta para que lo hagan.

¿Cuáles son los beneficios?

Hay varios beneficios diferentes. Dependiendo de sus ingresos y recursos, puede ser apto para recibir beneficios en una de las siguientes categorías.

Beneficios para Personas Calificadas (por sus siglas en inglés, QI)

- Este beneficio paga su prima de Medicare Parte B. Los ingresos mensuales no pueden exceder el 135% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza. Los límites de recursos son más altos que en la mayoría de los otros programas de Asistencia Médica. Para informarse sobre los límites actuales, llame a la CAO local o al Centro de Servicio al Cliente (por sus siglas en inglés, CSC) al número 1-877-395-8930. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.

Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (por sus siglas en inglés, SLMB)

- Este beneficio paga su prima de Medicare Parte A (si tiene que pagar la prima usted mismo), las primas de Medicare Parte B, los deducibles de Medicare y los costos de coseguros (copagos). Los ingresos mensuales no pueden exceder el 100% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza. Los límites de recursos son más altos que en la mayoría de los otros programas de Asistencia Médica. Para informarse sobre los límites actuales, llame a la CAO local o al Centro de Servicio al Cliente (por sus siglas en inglés, CSC) al número 1-877-395-8930. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.

Beneficiarios Aprobados por Medicare (por sus siglas en inglés, QMB)

- Este beneficio paga su prima de Medicare Parte A (si tiene que pagar la prima usted mismo), las primas de Medicare Parte B, los deducibles de Medicare y los costos de coseguros (copagos). Los ingresos mensuales no pueden exceder el 100% de los Lineamientos Federales sobre Ingresos de Nivel de Pobreza. Los límites de recursos son más altos que en la mayoría de los otros programas de Asistencia Médica. Para informarse sobre los límites actuales, llame a la CAO local o al Centro de Servicio al Cliente (por sus siglas en inglés, CSC) al número 1-877-395-8930. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.
- Los Beneficiarios Aprobados por Medicare también pueden ser aptos para recibir los beneficios completos de Asistencia Médica (incluye el traslado a citas médicas) y el pago de las primas de Medicare. Los límites de recursos son \$2,000 para una persona/ \$3,000 para una pareja casada.

Debido a que no se cuentan todos los ingresos, debería solicitar este beneficio aún cuando sus ingresos del trabajo, ingresos no derivados del trabajo y recursos excedan los límites. Determinados recursos, tales como la casa en la que vive, no se cuentan. Los límites de ingresos pueden cambiar cada año.

Se revisará su solicitud para el pago de sus primas de Medicare Parte B de los tres meses anteriores.

Derechos y responsabilidades del cliente

Derecho a la no discriminación

De acuerdo a la ley federal y a la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés, HHS), se prohíbe a esta institución discriminar en función de raza, color, nacionalidad, sexo o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, contacte al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Escriba a HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S. W. Washington, D. C. 20201 o llame al número (202) 619-0403 (voz) o al número (202) 619-3257 (TTD). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Derecho a la confidencialidad

Mantenemos la confidencialidad de la información que nos provee y usamos esa información solamente para administrar los programas para los que usted presenta una solicitud y/o para los que pueda ser elegible.

Derecho a una notificación escrita

Le entregaremos una notificación escrita para explicarle sus beneficios. Si denegamos, cambiamos, suspendemos o finalizamos los beneficios, explicaremos la causa en la notificación. Tiene 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estuviera de acuerdo con la medida tomada y/o las razones explicadas.

Derecho a apelar y derecho a una conferencia con la agencia

Tiene derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Bienestar Público (por sus siglas en inglés, DPW) para apelar una decisión u omisión de acción por parte del Departamento, que afecte sus beneficios o que usted considere injusta o incorrecta. Puede presentar la apelación ante la oficina de asistencia del condado (por sus siglas en inglés, CAO.) En la audiencia de apelación, puede representarse a sí mismo o puede representarlo otra persona, tal como un abogado, amigo o familiar. Si interpone una apelación, puede tener una conferencia con la agencia antes de la audiencia. Debemos enviarle por escrito cada decisión que tomemos sobre su cobertura y dicha decisión puede apelarse. Todas las decisiones que le informemos por escrito incluirán las instrucciones para presentar una apelación. Los servicios legales locales pueden asistirlo con su apelación.

Responsabilidad de proporcionar los números de seguro social

Debe proporcionar el número de seguro social (por sus siglas en inglés, SSN) de cada persona para la cual usted solicite un beneficio. Si no tuviera un SSN, le brindaremos ayuda para solicitarlo. Si no proporciona un SSN, o se niega a hacerlo, podría ser declarado no elegible para recibir los beneficios. También le solicitaremos que proporcione un SSN para verificar la identidad y para administrar nuestros programas. Usaremos su SSN para evitar la duplicación en los programas federales y estatales y para obtener información sobre los ingresos para determinar la elegibilidad para recibir beneficios.

Responsabilidad de proporcionar información

Debe proporcionar información verdadera, correcta y completa. Debe colaborar con la provisión de documentación de respaldo o con la verificación de la información que brinde. Si no pudiera presentar comprobantes, debe solicitar ayuda a la CAO. Debe colaborar plenamente con las personas o con los investigadores del DPW o de la Oficina del Inspector General que conducen las investigaciones.

Responsabilidad de informar cambios

Debe informar los cambios en la cantidad de personas que componen su grupo familiar, dirección, nuevos ingresos no derivados del trabajo, bienes raíces u otros recursos (tales como cuentas bancarias o seguros de vida). Debe informar sobre cualquier plan de mudarse fuera del estado, aunque sea de manera temporaria. Debe informar si sus ingresos mensuales brutos del trabajo aumentan en más de \$100. Si tuviera ingresos no derivados del trabajo, debe informar si sus ingresos mensuales brutos no derivados del trabajo aumentan en más de \$50. **Los cambios deben informarse dentro de los primeros 10 días del mes posterior al mes del cambio.**

Solicitud para el pago de los deducibles, coseguros y primas de Medicare

¿Cómo solicito este beneficio?

Complete esta solicitud. Lea el formulario de solicitud completo incluyendo las instrucciones. Escriba sus respuestas en esta solicitud en letra de imprenta. Si necesita ayuda para responder las preguntas, llame a su oficina de asistencia del condado local, o CAO, o a la **LÍNEA DE AYUDA al número 1-800-842-2020 (si tiene dificultades auditivas, llame desde un dispositivo TDD al número 1-800-451-5886)**.

Puede presentar su solicitud en línea en www.compass.state.pa.us, por correo postal o personalmente en su oficina de asistencia del condado.

¿Adónde debo enviar la solicitud?

Una vez que haya completado la solicitud, envíela a su CAO. Llame al CSC al número 1-877-395-8930 para informarse sobre la dirección correcta. Los residentes de Philadelphia deben llamar al número 1-215-560-7226.

¿Cuánto tiempo pasará hasta que me informen si fui considerado como aprobado? Este proceso debería demorar 30 días. Si se necesitara información adicional, podría demorarse hasta 45 días.

¿Necesita un intérprete? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿para qué idioma? _____

PROVIDER USE ONLY				
PROVIDER NAME		PROVIDER NUMBER		
<input type="checkbox"/> INPATIENT	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> EMERGENCY		
<input type="checkbox"/> NON-APPLICABLE				
COUNTY ASSISTANCE OFFICE USE				
<input type="checkbox"/> MAIL	<input type="checkbox"/> WALK-IN	FILE CLEAR BY DATE	SCREEN BY DATE	
COUNTY	DISTRICT	APPLICATION REG #	DATE STAMP	CAT
WORKER I.D.	CASELOAD	RECORD NUMBER	2ND DATE	CAT
NAME				
APPOINTMENT DATE/TIME				AM PM
<input type="checkbox"/> APPLICATION		<input type="checkbox"/> RENEWAL		
AUTHORIZED		NOT AUTHORIZED		
DATE				
BY				
CAT				
REASON CODE				

Escriba toda la información en letra de imprenta

Pregunta 1 - Información sobre usted, el solicitante: Necesitamos reunir información sobre usted, la persona que solicita los beneficios.

Office Use Line #	Nombre (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	JR/SR/etc.	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social			
Número de reclamo de Medicare	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de extranjero	¿Tiene una tarjeta PA Access? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación USTED MISMO				
RAZA (Opcional)	Una persona puede clasificarse dentro de más de un grupo. Marque todos los grupos que correspondan. Sus beneficios no se verán afectados si no responde.	1 Raza negra o afroamericano <input type="checkbox"/>	2 Hispano <input type="checkbox"/>	3 Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	4 Asiático <input type="checkbox"/>	5 Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/>		
6 Otro <input type="checkbox"/>	7 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>	Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Casado por derecho consuetudinario	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
Dirección particular (incluya calle, núm. de departamento, ciudad, estado y código postal+4)					Número de teléfono			
Dirección postal (incluya calle, núm. de departamento, ciudad, estado y código postal+4)								
Pueblo o municipalidad			Distrito escolar					

Pregunta 2 - Información sobre su cónyuge, en caso de que viva con usted. Para determinar si usted califica, necesitamos saber sobre su cónyuge que vive con usted.

¿La solicitud es para su cónyuge? Sí NO

Office Use Line #	Nombre (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	JR/SR/etc.	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
¿Es su cónyuge ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de no ciudadano	¿Tiene su cónyuge una tarjeta PAAccess? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación CÓNYUGE		
RAZA (Opcional)	Una persona puede clasificarse dentro de más de un grupo. Marque todos los grupos que correspondan. Sus beneficios no se verán afectados si no responde.					
	1 Raza negra o afroamericano <input type="checkbox"/>	2 Hispano <input type="checkbox"/>	3 Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	4 Asiático <input type="checkbox"/>	5 Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/>	6 Otro <input type="checkbox"/>
					7 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>	

Pregunta 3 - Hijos menores de 21 años de edad. Necesitamos saber si tiene hijos menores de 21 años de edad que vivan con usted.

¿Tiene hijos menores de 21 años de edad que viven con usted? Sí NO

Office Use Line #	Nombre (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	JR/SR/etc.	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
¿Esta persona es ciudadana de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de no ciudadano	Relación				
RAZA (Opcional)	Una persona puede clasificarse dentro de más de un grupo. Marque todos los grupos que correspondan. Sus beneficios no se verán afectados si no responde.					
	1 Raza negra o afroamericano <input type="checkbox"/>	2 Hispano <input type="checkbox"/>	3 Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	4 Asiático <input type="checkbox"/>	5 Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/>	6 Otro <input type="checkbox"/>
					7 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>	

Office Use Line #	Nombre (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	JR/SR/etc.	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social	Número de reclamo de Medicare
¿Esta persona es ciudadana de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ID de registro de no ciudadano	Relación				
RAZA (Opcional)	Una persona puede clasificarse dentro de más de un grupo. Marque todos los grupos que correspondan. Sus beneficios no se verán afectados si no responde.					
	1 Raza negra o afroamericano <input type="checkbox"/>	2 Hispano <input type="checkbox"/>	3 Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	4 Asiático <input type="checkbox"/>	5 Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/>	6 Otro <input type="checkbox"/>
					7 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>	

Pregunta 4 - Servicio militar de los Estados Unidos.

¿Alguna de las personas está, o ha estado, en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Sí NO

¿Alguna de las personas es la viuda, cónyuge o hijo/a (menor de 18 años de edad) de alguien que esté o haya estado en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Sí NO

PERSONA QUE PRESTÓ SERVICIO	DIVISIÓN (Ejemplo: ejército, marina, cuerpo de infantería marina, fuerzas aéreas, servicio de guardacostas)	FECHAS DE SERVICIO

Pregunta 5 - Inscripción de electores.

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? Sí No
SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarlo. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar, o de rechazar la inscripción para votar; su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe, o para solicitar la inscripción para votar; o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

Given to Client __/__/__ Sent to voter registration __/__/__ Mailed to Client __/__/__
 Declined, not interested __/__/__ Not a U.S. citizen __/__/__ Declined, already registered __/__/__

Pregunta 6 - Ingresos. Necesitamos saber sobre sus ingresos y los de su cónyuge. Incluya los ingresos de los hijos menores de 21 años de edad. No se cuentan todos los ingresos. Por ejemplo, excluimos \$20, como mínimo, de los ingresos y tenemos en cuenta otras deducciones que pueden hacerse. Indique la cantidad de los ingresos antes de descontar las deducciones (tales como impuestos o seguros). (Adjuntar hojas adicionales si es necesario).

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene ingresos? Sí NO

Si la respuesta es afirmativa, indique cualquier ingreso que ya haya percibido, o que espere percibir, este mes.

SALARIOS • PAGA DE SINDICATOS • BENEFICIOS POR ENFERMEDAD • COMPENSACIÓN A TRABAJADORES O POR DESEMPLEO • ALQUILER • SERVICIO DE PENSIÓN COMPLETA • DINERO POR CAPACITACIÓN • COMISIONES • SSI • EMPLEO INDEPENDIENTE • DIVIDENDOS O INTERESES • MANUTENCIÓN DE MENORES • SEGURO SOCIAL • PENSIONES • OTROS • (Especifique)

NOMBRE	TIPO/FUENTE DEL INGRESO	CANTIDAD	FRECUENCIA
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Pregunta 7 - Gastos por ingresos. Algunas personas tienen gastos por los cuales deben pagar para recibir sus ingresos. Esta pregunta hace referencia a si alguna persona tuvo que pagar por conceptos tales como gastos laborales relacionados con una discapacidad, honorarios de abogados, costas judiciales o gastos de traslado para percibir los ingresos indicados en la pregunta nro. 6.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, paga gastos tales como honorarios de abogados, gastos bancarios, gastos judiciales, gastos de traslado y gastos laborales relacionados con una discapacidad para percibir sus ingresos? Sí NO

Si alguien paga tales gastos, indíquelos a continuación.

PERSONA QUE TIENE EL GASTO	TIPO DE GASTO	CANTIDAD	FRECUENCIA
		\$	
		\$	
		\$	

Pregunta 8 - Recursos. En esta pregunta, necesitamos conocer los recursos de cada persona. Los recursos son los bienes o ahorros que pueda tener. Es importante que sepa que para determinar la elegibilidad no se cuentan todos los recursos. Por ejemplo, no contamos la casa en la que usted vive. Marque sí o no para cada recurso listado. Por cada respuesta afirmativa, donde haya indicado que usted u otra persona tienen el recurso listado, use el espacio provisto en la tabla para brindarnos más información sobre dicho recurso

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene alguno de los siguientes recursos?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Dinero en efectivo (01) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Propiedad de no residencia (98) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Acciones o bonos (05) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Cuenta de ahorros (02) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Parcelas de cementerio, reservas o fideicomisos para servicios funerarios (97) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Fondo de fideicomiso (06) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Cuenta corriente (03) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Bonos de ahorro de los EE. UU. (05) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO IRA, KEOGH u otro plan de jubilación (27) |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Depósito a plazo fijo (26) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Cuenta de ahorros para Navidad o vacaciones (04) | |

PERSONA DUEÑA DEL RECURSO	TIPO Y UBICACIÓN/INSTITUCIÓN FINANCIERA	NÚMERO DE CUENTA	VALOR ACTUAL
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Pregunta 9 - Vehículos. En esta pregunta, necesitamos saber sobre cualquier vehículo que tenga. Es importante que sepa que para determinar la elegibilidad no se cuentan todos los vehículos. Por ejemplo, no contamos el automóvil principal.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene o comprará un automóvil, camión o motocicleta? Sí NO

PERSONA DUEÑA DEL VEHÍCULO	AÑO, MARCA Y MODELO	¿MATRÍCULA/PLACA/TABLILLA?	CANTIDAD ADEUDADA
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	\$

Pregunta 10 - Seguro de vida. En esta pregunta, necesitamos saber sobre las pólizas de seguro de vida y sus valores nominales y en efectivo, en la medida en que usted conozca esta información.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene una póliza de seguro de vida?

Si la tiene, complete esta sección a su leal saber y entender.

Sí NO

TITULAR DE LA PÓLIZA	COMPAÑÍA DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO	¿A QUIÉN CUBRE?
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	

Pregunta 11 - Seguro de salud. En esta pregunta, necesitamos saber qué otra cobertura médica tiene, en caso de que tuviera alguna.

¿Alguna persona, incluyendo al cónyuge o hijo, tiene otro seguro de salud, incluyendo Medicare o una cobertura comprada por alguien más? Si lo tiene, complete la siguiente tabla y proporcione una copia de la tarjeta y/o notificación de la prima.

Sí NO

COMPAÑÍA DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA	¿QUIÉN TIENE COBERTURA?	PRIMA	FRECUENCIA

Pregunta 12 - Cambios en los ingresos o recursos. Si usted o su cónyuge pagaron las primas de Medicare Parte B en cualquiera de los tres meses anteriores, podría recibir un reembolso por esos pagos.

Díganos si hubo un cambio en los ingresos o recursos en los últimos tres meses.

NO, no hubo cambios.

Sí, hubo un cambio en los ingresos o recursos. Explique:

Pregunta 13 - Verificación. Necesitaremos comprobantes de la información provista para procesar su solicitud. Su CAO lo ayudará en el caso de que no pueda obtener los comprobantes de la información.

Marque aquí si necesita ayuda para obtener los comprobantes de su dirección, ingresos y/o recursos.
 ¿Tiene copias de la información que proporcionó? Sí NO

ENVÍE COPIAS - NO ENVÍE LOS ORIGINALES	
Identificación (Solamente una fuente)	Licencia de conducir, pasaporte, identificación con fotografía.
Condición de persona extranjera (Solamente si no es ciudadano de los EE. UU.)	Documentos de inmigración más actuales.
Ingresos	Recibo de sueldo o nómina actual correspondiente a un mes, comprobante de pensión, notificación de elegibilidad económica para recibir compensación por desempleo, formularios de impuestos u otros registros de ingresos provenientes del empleo independiente, copias de talones de cheques o declaraciones de la fuente de los ingresos.
Recursos	Resúmenes de cuentas bancarias, pólizas de seguro, notificaciones de valoración impositiva.

AL MOMENTO DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, ACEPTO QUE:

He leído esta solicitud en su totalidad, o alguien me la ha leído, y comprendo las preguntas realizadas.
 Recibí una copia de mis derechos y responsabilidades y los he leído, o alguien me los ha leído.
 Los entiendo y acepto.
 Proporcionaré o colaboraré para obtener cualquier información necesaria para verificar mis declaraciones.
 Debo informar a la CAO sobre cualquier cambio en mi situación dentro de los primeros 10 días del mes posterior al mes del cambio.
 Soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aún cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
 Certifico que, sujeto a las penalidades previstas por ley, la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.

AL MOMENTO DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

Si no informo sobre cambios ocurridos, según lo requerido, mis beneficios se podrán terminar.
 Si intencionalmente no proporciono la información correcta o no informo sobre los cambios ocurridos, puedo ser multado o puesto en prisión.
 El estado dirige un programa de control de fraude según el cual los funcionarios federales, estatales y locales pueden verificar la información que proporcioné.
 El estado puede obtener información sobre mi situación a través de otras personas u organizaciones, incluso a través de datos coincidentes en sistemas de computación y a través de los servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos.
 Mi número de seguro social se usará para verificar mi situación y elegibilidad.

 Firma del solicitante nro. 1

 Firma del solicitante nro. 2

 Nombre y dirección del representante autorizado

 Firma y nombre del testigo en caso de que el solicitante haya firmado con una "X"

 Dirección del testigo

 Fecha en que se firmó

 Número de teléfono del testigo