

Instrucciones para la solicitud del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

Utilice esta solicitud para saber si califica para que el estado pague sus primas y/o costos compartidos de Medicare. Esta NO es una solicitud para otros beneficios, como servicios y apoyos a largo plazo. Si desea solicitar cobertura completa de Medicaid o si necesita ayuda para completar alguna parte de este formulario, comuníquese con su oficina local de Medicaid: www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

Hay tres tipos de Programas de Ahorro de Medicare (MSP):

Beneficiario(a) calificado(a) de Medicare (QMB): El estado paga sus primas de la Parte A y/o Parte B de Medicare y los costos compartidos (deducibles, coseguros y copagos). Si califica para QMB, automáticamente califica para Ayuda Adicional, para pagar los costos de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Beneficiario(a) de Medicare de bajos ingresos específico (SLMB): El estado paga sus primas de la Parte B de Medicare y usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Individuo calificado (QI): El estado paga sus primas de la Parte B de Medicare y usted califica automáticamente para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare.

El estado decidirá si usted califica (y si su cónyuge califica, en caso de que su cónyuge también presente la solicitud). Si se le aprueba un MSP, su prima de la Parte B ya no se deducirá de sus beneficios de jubilación del Seguro Social, del Servicio Ferroviario o del Servicio Civil, y usted quedará automáticamente inscrito(a) en la Ayuda Adicional para el pago de sus primas de la Parte D de Medicare y el costo compartido de los medicamentos recetados cubiertos. Comuníquese con su oficina de Medicaid si no está inscrito(a) en el beneficio de Ayuda Adicional.

La recuperación del patrimonio no se aplica a ninguna ayuda que reciba para el pago de primas o costos compartidos de Medicare. Esto significa que NO necesitará devolver ninguna ayuda que reciba a través de un Programa de Ahorros de Medicare.

Qué puede necesitar para aplicar

Es posible que deba presentar copias de documentos para confirmar cierta información, como:

- Comprobante de ingresos (como beneficios de jubilación o discapacidad o recibos de sueldo)
- Comprobante de activos (como estados de cuenta bancarios o pólizas de seguro de vida)
- Comprobante de Medicare
- Quienes no sean ciudadanos, deberán presentar una prueba de estado de inmigración elegible (como tarjeta verde, pasaporte u otra documentación del Departamento de Seguridad Nacional)
- Comprobante de lugar de residencia (como un recibo de alquiler, una factura de servicios públicos o una tarjeta de identificación emitida por el estado)

Si necesita más espacio para escribir, adjunte páginas adicionales.

Formas en las que puede aplicar

- Complete una solicitud en línea en _____
- Envíe esta solicitud en papel por correo postal a _____
- Envíe esta solicitud por fax a _____
- Visite la oficina de su [agencia estatal] en _____

- Llame a su [agencia estatal] para obtener ayuda al _____

Conserve una copia de la solicitud para sus registros.

¿Cómo sigue el trámite?

Su agencia de Medicaid revisará su solicitud. Recibirá una respuesta sobre su elegibilidad dentro de los 45 días. Si no recibe una respuesta dentro de los 45 días, comuníquese con su agencia de Medicaid.

Obtenga ayuda con las preguntas sobre los Programas de Ahorro de Medicare

Si tiene preguntas sobre los Programas de Ahorros de Medicare o sus beneficios de Medicare, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) local. Encuentre la información de contacto llamando al [877-839-2675](tel:877-839-2675) o en www.shiphelp.org/.

Solicitud para los Programas de Ahorro de Medicare

| Información personal | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Solicitante: Indique su nombre tal como aparece en su tarjeta de Medicare | | | | |
| Apellido | | Nombre | | Segundo nombre |
| Dirección donde vive | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección postal (si es diferente) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono principal: | | Teléfono alternativo (opcional): | | |
| Dirección de correo electrónico (opcional) | | Estado civil: Soltero(a)/divorciado(a)/viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), viviendo con su cónyuge <input type="checkbox"/> Casado(a) pero separado(a) de su cónyuge <input type="checkbox"/> | | |
| Estado de ciudadanía: ¿Es ciudadano(a) estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, ¿tiene un estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí (Complete la información a continuación) <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Número de extranjero, número I-94 o número de identificación del documento y tipo de documento | Fecha en que se otorgó el estado | Fecha de ingreso a los EE. UU. | País de origen | |
| ¿Usted, su cónyuge o su padre/madre, son veteranos o miembros en servicio activo del ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ¿Su cónyuge es ciudadano(a) estadounidense (si su cónyuge también solicita un MSP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es así, ¿tiene estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí (Complete la información a continuación) <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Número de extranjero, número I-94 o número de identificación del documento y tipo de documento | Fecha en que se otorgó el estado | Fecha de ingreso a los EE. UU. | País de origen | |
| Miembros del hogar | | | | |
| Incluya a su cónyuge que vive en el mismo hogar. Incluya a los familiares que viven en el mismo hogar y que <u>dependen de usted o de su cónyuge para al menos la mitad de su ayuda financiera</u> . Si necesita más espacio para escribir, adjunte páginas adicionales. | | | | |
| Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) | Relación con usted | Fecha de nacimiento | ¿Está solicitando beneficios del MSP? | Número de Seguro Social (si solicita MSP) |
| | Yo | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | Cónyuge | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| | Otro (especificar) | | N/C | Opcional |
| | Otro (especificar) | | N/C | Opcional |

Información sobre la cobertura de Medicare

| ¿Usted tiene Medicare? | | Tipo de cobertura | Número de Medicare |
|------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Yo | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Parte A <input type="checkbox"/> | |
| | | Parte B <input type="checkbox"/> | |
| Cónyuge | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Parte A <input type="checkbox"/> | |
| | | Parte B <input type="checkbox"/> | |

Otra información sobre seguros de salud

(como empleadores, Medigap, Tricare, beneficios de salud de VA)

| Titular de la póliza | Asegurador | Tipo de seguro | Número de póliza |
|----------------------|------------|----------------|------------------|
| | | | |
| | | | |

Ingresos

Enumere cualquier ingreso que usted o su cónyuge reciban. Proporcione el monto de sus ingresos antes de realizar deducciones como impuestos o primas de seguro. Los tipos de ingresos incluyen, entre otros:

- Beneficios de la Seguridad Social
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Compensación para trabajadores
- Beneficios para veteranos
- Pago de pensión alimenticia
- Asistencia pública
- Seguro de desempleo
- Trabajo por cuenta propia
- Dividendos e intereses
- Ingresos por alquiler
- Salarios de un trabajo
- Comisiones
- Beneficios del ferrocarril
- Beneficios de jubilación del servicio civil

| ¿Quién recibe estos ingresos? | Tipo de ingresos (como empleador o Seguro Social) | ¿Cuál es el monto? | ¿Con qué frecuencia lo recibe? (semanalmente, quincenalmente, mensualmente) |
|-------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Activos

Si usted o su cónyuge tienen activos, indique el tipo de activo, quién es el titular del activo y si el activo es de propiedad individual o conjunta. Los activos incluyen, entre otros:

- Dinero
- Cuenta de cheques
- Cuenta de ahorros
- Cuentas del mercado monetario
- Fondos mutuos
- Bonos de ahorro
- Acciones
- Certificados de depósito (CD)
- Cuentas de jubilación individuales (IRA)
- Fondos de entierro
- Casas o terrenos de su propiedad (excluida la residencia principal)

| Tipo de activo | Nombre del titular | Propiedad | Valor actual |
|----------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |
| | | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | \$ |

¿Usted o su cónyuge poseen algún vehículo (automóvil, camión, barco, casa rodante, motocicleta, caravana y/o tráiler)?
En caso afirmativo, enumere a continuación e indique cuál es su vehículo principal:

| Nombre del titular | Propiedad | Tipo de vehículo | Año | Marca/Modelo | Valor | Monto adeudado |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|--------------|-------|----------------|
| | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | | | | \$ | \$ |
| | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | | | | \$ | \$ |
| | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | | | | \$ | \$ |
| | Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/> | | | | \$ | \$ |

¿Tiene usted y/o su cónyuge pólizas de seguro de vida entera con un valor nominal combinado superior a \$1,500? En caso afirmativo, indique a continuación:

| Persona asegurada | Nombre de la compañía de seguro/número de póliza | ¿Necesitas ayuda para encontrar? ¿Cuál es el valor de la política? | Valor nominal | Valor en efectivo |
|-------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|
| | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | \$ | \$ |
| | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | \$ | \$ |

Lea detenidamente antes de firmar

Entiendo que:

- Debo informar de inmediato cualquier cambio de mi situación a la agencia de Medicaid. La presentación tardía de informes puede dar lugar a beneficios incorrectos.
- Mi situación está sujeta a verificación por parte de la agencia de Medicaid u otras agencias estatales o federales.
- La agencia de Medicaid puede solicitarme que muestre prueba si soy elegible. La agencia de Medicaid puede ayudarme a obtener la prueba o contactar a otras personas o agencias para obtenerla.
- Al enviar esta solicitud, autorizo a la agencia estatal de Medicaid a comunicarse con mi compañía de seguro de vida en mi nombre.
- Al solicitar y recibir beneficios de atención médica, asigno al estado todos los derechos a cualquier apoyo médico y a cualquier pago de terceros por atención médica.
- Si se me determina que soy elegible para un Programa de Ahorros de Medicare, **no** estaré sujeto(a) a la recuperación de patrimonio por cualquier ayuda que reciba para pagar mis primas, deducibles o coseguros de Medicare.

Recibirá un aviso de elegibilidad por correo después de que procesemos su solicitud. Si no está de acuerdo con lo que le corresponde, puede solicitar una apelación. Revise su Aviso de Elegibilidad para encontrar instrucciones de apelaciones específicas para cada persona en su hogar que solicita cobertura, incluido cuántos días tiene para solicitar una apelación. A continuación se presenta información importante a tener en cuenta al solicitar una apelación:

Puede pedirle a alguien que solicite o participe en su apelación si usted lo desea. Esa persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado u otro individuo. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.

Para solicitar una apelación, llámenos al 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX). O, diríjase a [medicaid.state.gov] para obtener un formulario de apelaciones. O, puede escribir su propia carta y enviarla o traerla a la Agencia Estatal de Medicaid, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

Declaración y firmas

He leído y comprendido la información presente en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante/representante:

Fecha:

Firma del cónyuge (si corresponde):

Fecha:

Nombre del representante:

Número de teléfono del representante:

Relación con el solicitante:

Dirección postal del representante:

Dirección de correo electrónico del representante:

Usted tiene derecho a recibir su información en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado(a). Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Opcional: (Proporcionar esta información no afectará su elegibilidad).

YO: Marque todas las que correspondan

Si es de etnia hispana/latina

- ☐ Mexicano(a) ☐ Mexicano(a)-americano(a) ☐ Chicano(a) ☐ Puertorriqueño(a) ☐ Cubano(a)
☐ Otro(a)_____

Raza

- | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco(a) | <input type="checkbox"/> Pueblo originario de América o Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino(a) | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Guameño(a) o chamorro(a) | <input type="checkbox"/> Negro(a) o afroamericano(a) | <input type="checkbox"/> Pueblo originario de Asia | |
| <input type="checkbox"/> Japonés/Japonesa | <input type="checkbox"/> Otros asiáticos | <input type="checkbox"/> Samoano(a) | <input type="checkbox"/> Chino(a) |
| <input type="checkbox"/> Coreano(a) | <input type="checkbox"/> Nativo(a) hawaiano(a) | <input type="checkbox"/> Otros/Otras isleños/isleñas del Pacífico | |
| | | <input type="checkbox"/> Otro(a)_____ | |

Elija una respuesta.

Sexo asignado al nacer (puede encontrarlo en su certificado de nacimiento)

- ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro_____ ☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder

Género actual:

- ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero ☐ Un término diferente_____
☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder

Orientación sexual:

- ☐ Bisexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Heterosexual (no lesbiana ni gay) ☐ Un término diferente_____
☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder

Opcional: (Proporcionar esta información no afectará su elegibilidad).

CÓNYUGE: Marque todas las que correspondan

Si es de etnia hispana/latina

- ☐ Mexicano(a) ☐ Mexicano(a)-americano(a) ☐ Chicano(a) ☐ Puertorriqueño(a) ☐ Cubano(a)
☐ Otro(a)_____

Raza

- | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco(a) | <input type="checkbox"/> Pueblo originario de América o Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino(a) | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Guameño(a) o chamorro(a) | <input type="checkbox"/> Negro(a) o afroamericano(a) | <input type="checkbox"/> Pueblo originario de Asia | |
| <input type="checkbox"/> Japonés/Japonesa | <input type="checkbox"/> Otros asiáticos | <input type="checkbox"/> Samoano(a) | <input type="checkbox"/> Chino(a) |
| <input type="checkbox"/> Coreano(a) | <input type="checkbox"/> Nativo(a) hawaiano(a) | <input type="checkbox"/> Otros/Otras isleños/isleñas del Pacífico | |
| | | <input type="checkbox"/> Otro(a)_____ | |

Elija una respuesta.

Sexo asignado al nacer (puede encontrarlo en su certificado de nacimiento)

- ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro_____ ☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder

Género actual:

- ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero ☐ Un término diferente_____
☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder

Orientación sexual:

- ☐ Bisexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Heterosexual (no lesbiana ni gay) ☐ Un término diferente_____
☐ No estoy seguro ☐ Prefiero no responder