

**PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE  
SOLICITUD**

(Escriba con claridad y no escriba en la zona sombreada)

<b>SOLICITANTE</b>	Nombre	M.I.	Apellido	TELÉFONO DE CASA		
<b>DIRECCIÓN DE CASA</b>	Calle	Apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
¿Es este un albergue? Sí ___ No ___						
<b>DIRECCIÓN DE CORREO</b> (Si es distinta a la anterior)	Calle/Apdo.	Apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

**NOMBRES** (Escriba primero su nombre. Incluya apodos y apellido de soltera)

	Nombre	Inicial 2º Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Raza/Código de etnia
<b>PROPIO</b>							
<b>CÓNYUGE</b>							
<b>HIJO*</b>							

\*Si es menor de 18 años. Adjunte una hoja más si es necesario para añadir más hijos.

<b>Raza/Códigos de etnia:</b>	<b>B</b> Negro, no de origen hispano	<b>W</b> Blanco, no de origen hispano	<b>H</b> Hispano	<b>U</b> Desconocido
	<b>A</b> Asiático o isleño del Pacífico	<b>I</b> Amerindio / nativo de Alaska	<b>O</b> Otro	

¿Es usted ciudadano(a) estadounidense?  Sí  No

Si no lo es, ¿tiene usted un estado migratorio aprobado? Incluya número de extranjería, fecha de otorgamiento de estado migratorio y fecha de ingreso al país, si corresponde.  Sí  No

Número de Extranjería \_\_\_\_\_  
Fecha estado migratorio otorgado \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso al país \_\_\_\_\_

¿Es su cónyuge ciudadano(a) estadounidense?  Sí  No

Si no lo es, ¿tiene él o ella un estado migratorio aprobado? Incluya número de extranjería, fecha de otorgamiento de estado migratorio y fecha de ingreso al país, si corresponde.  Sí  No

Número de Extranjería \_\_\_\_\_  
Fecha estado migratorio otorgado \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso al país \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE MEDICARE DEL SOLICITANTE** N° de Medicare \_\_\_\_\_ (tarjeta roja y azul de Medicare)

¿Tiene usted Parte A de Medicare?  Sí  No Fecha efectiva \_\_\_\_\_

¿Tiene usted Parte B de Medicare?  Sí  No Fecha efectiva \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE MEDICARE DEL CÓNYUGE, si está solicitando** N° de Medicare \_\_\_\_\_ (tarjeta roja y azul de Medicare)

¿Tiene su cónyuge Parte A de Medicare?  Sí  No Fecha efectiva \_\_\_\_\_

¿Tiene su cónyuge Parte B de Medicare?  Sí  No Fecha efectiva \_\_\_\_\_

¿Le gustaría que considerásemos ofrecerle un reembolso retroactivo de su prima de Medicare?  Sí  No

¿Paga usted o su cónyuge alguna prima de seguro médico, aparte de Medicare?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_ Cantidad mensual \$ \_\_\_\_\_

¿Paga usted o su cónyuge sustento de menores / pensión conyugal?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_ Cantidad mensual \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe usted o su cónyuge pagos de un fondo de fideicomiso o son los beneficiarios nombrados de un fideicomiso?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Enumere a continuación todos los ingresos disponibles, como: sueldo, salario, pensión, seguro social, indemnización por despido, ingresos arrendatarios o comerciales, etc.

Nombre del solicitante, cónyuge o hijo menor de 18 años (Adjunte una hoja más en caso necesario)	¿Quién suministra el dinero? (Nombre / fuente de ingresos)	¿Cantidad?	¿Con qué frecuencia? (semanal, bisemanal, mensualmente)
		\$	
		\$	
		\$	

Desea recibir notificaciones en:  inglés solamente  español e inglés

**EL PAGO DE SU PRIMA MEDICARE ES UN BENEFICIO DE MEDICAID**

**SANCIONES:** comprendo que mi solicitud puede ser investigada y accedo a cooperar en dicha investigación. Las leyes federales y estatales establecen sanciones en la forma de multa, encarcelamiento o ambas si usted no dice la verdad cuando solicita beneficios de Medicaid o en todo momento cuando se le pregunte sobre si usted reúne o no los requisitos; o si usted induce a otra persona a no decir la verdad acerca de su solicitud o acerca si usted continúa reuniendo los requisitos. También se imponen sanciones si usted oculta o no revela datos pertinentes a los requisitos iniciales o los requisitos necesarios para que continúe recibiendo Medicaid, o si usted oculta o no revela datos pertinentes que podrían afectar el derecho de la persona por la cual usted haya solicitado obtener o continuar recibiendo beneficios de Medicaid, y dichos beneficios deben de ser utilizados por esa otra persona y no por usted.

**CAMBIOS:** acepto comunicar, **con prontitud**, a la agencia sobre todo cambio en cuanto a mis necesidades, ingresos, propiedad, situación de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender.

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** si está presentando una solicitud al Programa de Ahorros de Medicare, debe facilitar su número de seguro social, a menos que sea una mujer embarazada. Las leyes que lo exigen son: 18NYCRR Secciones 351.2, 360-1.2 y 360-3.2(j)(3); 42USC 1320b-7. El número de seguro social se usa con varios propósitos, tanto en los distritos de servicios sociales locales como también entre éstos y las agencias federales, estatales y locales en Nueva York y en otras jurisdicciones. El número de seguro social se usa, entre otras cosas, para: comprobar identidad, identificar y verificar los ingresos ganados y demás ingresos; para determinar si los padres ausentes pueden conseguir seguro médico para los solicitantes y si los solicitantes pueden conseguir sustento de menores; y para determinar si los solicitantes pueden conseguir dinero u otro tipo de ayuda.

**CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO:** yo certifico, so pena de perjurio, con la firma de mi nombre en esta solicitud, que yo y/o las otras personas por las cuales yo firmo, soy/son ciudadano(s) estadounidense(s) o nacional(es) de Estados Unidos o tengo/tienen un estado migratorio aprobado. Comprendo que mis datos personales serán sometidos a la Oficina de Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) con motivo de comprobar mi estado de inmigración, si corresponde. Asimismo, comprendo que el uso o revelación de mis datos personales se divulga solamente a los individuos y entidades directamente relacionadas con la comprobación del estado migratorio y la administración y aplicación de lo dispuesto en el programa de Medicaid.

**AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS:** la presente solicitud será considerada sin importar la raza, color, sexo, discapacidad, creencia religiosa, nacionalidad o creencia política.

**CERTIFICACIÓN:** al firmar esta solicitud, yo juro y afirmo que los datos que he suministrado o que suministraré al Departamento de Servicios Sociales, con motivo de Medicaid, son exactos. También cedo al Departamento de Servicio Sociales, todo derecho que yo tenga de obtener sustento de las personas legalmente responsables de mi sustento y de obtener recursos de terceros. Comprendo que lo que Medicaid haya pagado en mi nombre, se puede cobrar de las personas que tenían la responsabilidad legal de mi sustento durante el periodo en que se obtuvieron los servicios médicos.

**CONSENTIMIENTO:** comprendo que al firmar este formulario de solicitud o certificación, accedo a cualquier investigación realizada por el Departamento de Servicios Sociales con motivo de verificar o confirmar los datos que he brindado o cualquier otra investigación llevada a cabo por ellos en relación con mi solicitud de Medicaid. Si se solicita información adicional, la facilitaré.

**Solicitante / Representante**

Firma X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio, número de teléfono y relación con el representante \_\_\_\_\_

**Si tras leer y llenar este formulario, usted decide que NO quiere solicitar el Programa de Ahorros de Medicare, firme sobre la siguiente línea.**

Consiento en retirar mi solicitud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION: <b>x</b>		DATE:		EMPLOYED BY:		
Eligibility Determined By Worker: _____ (DATE)				Eligibility Approved By: _____ (DATE)		
CENTRAL/OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NO	REUSE IND.
CASE NAME		DISTRICT		REGISTRY NO.		VER.
Effective Date _____ MA Disp.    Denial    Withdrawal				REASON CODE		PROXY:    Yes    No