

SOLICITUD DE AYUDA PARA PAGAR LA PRIMA DE MEDICARE

Por favor lea el párrafo siguiente antes de llenar la solicitud. Para determinar si podemos ayudarle, primero tendrá que responder a todas las preguntas. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame a su oficina local de Medicaid.

Solicitante					
Apellido	Nombre			Inicial del segundo nombre	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal		
Dirección postal (si es distinta al domicilio)	Ciudad	Estado	Código Postal		
Números de teléfono: Casa: Celular: Otro:	Servicios de interpretación: ¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir en inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>	Si necesita un intérprete, le proveeremos uno. Díganos cuál es el idioma que habla.				
Representante/Patrocinador					
Apellido	Nombre			Inicial del segundo nombre	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal		
Dirección postal (si es distinta al domicilio)	Ciudad	Estado	Código Postal		
Relación con el solicitante:	Números de teléfono: Casa: Celular: Otro:				
Miembros de la familia					
Liste a todos los miembros de su familia. Use los nombres legales (tal y como aparecen en la tarjeta de Medicare o en el certificado de nacimiento).					
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	Parentesco	Fecha de nacimiento	¿Está solicitando beneficios?	Número de Seguro Social	Sexo M o F
	Solicitante		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Cónyuge		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Otro (especifique)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- SPANISH

Bienes

Liste los bienes de cada una de las personas mencionadas en la solicitud (si posee bienes). Indique el tipo de bien, y si es un bien individual o conjunto. Los bienes incluyen pero no se limitan a:

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dinero en efectivo • Cuenta corriente • Ahorros • Cuentas de mercados monetarios | <ul style="list-style-type: none"> • Fondos mutuos • Bonos de ahorros • Acciones • Certificados de depósito (CD) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuentas de retiro individual (IRAs) • Bienes raíces (excluya su residencia principal) |
|---|--|--|

Tipo de activo financiero	Nombre del propietario(s)	Bienes	Valor actual
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>	\$

¿Es usted o su cónyuge dueño de un vehículo (automóvil, camión, bote, casa móvil/rodante, motocicleta, camioneta)? Si responde "sí", lístelo a continuación:

Nombre del propietario(s)	Bien	Tipo de vehículo	Año	Marca/Modelo	Valor	Cantidad que debe
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/>				\$	\$

¿Tiene usted o su cónyuge un seguro de vida con valor en efectivo? Si responde "sí", lístelo a continuación:

Dueño de la póliza	Nombre de la compañía de seguro /Número de la póliza	Individuo(s) cubiertos	Valor	Valor en efectivo
			\$	\$
			\$	\$

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- SPANISH

Lea atentamente antes de firmar

Entiendo que:

- Debo informar inmediatamente a la oficina de Medicaid, por escrito o por teléfono sobre cualquier cambio en mi situación. La información recibida con atraso puede causar que se otorguen los beneficios incorrectos.
- La oficina de Medicaid u otra agencia federal o estatal puede corroborar mi situación.
- Si soy elegible para recibir ayuda, debo demostrarlo. La oficina de Medicare podría ayudarme a conseguir un comprobante o a comunicarme con otras personas o agencia que puedan asistirme.
- Al solicitar y recibir los beneficios médicos, le otorgo al estado todos los derechos sobre cualquier servicio médico y sobre los pagos de terceros por mi atención médica.

Declaración y firmas

Yo he leído y comprendido la información contenida en esta solicitud. Declaro bajo penalidad de perjurio, que la información proporcionada es a mi mejor saber y entender, verdadera, correcta y completa.

Firma del solicitante		Fecha
Firma del cónyuge (si se solicita)		Fecha
Firma de la persona que ayuda al solicitante	Organización	Fecha