

Para uso de la Agencia solamente	
Request date _____	(Application date)
Date mailed _____	
Agency Rep _____	

Solicitud Para el Programa de Ayuda con los Gastos Medicare (MSP)

Para proteger la fecha de su solicitud, debe devolverla a más tardar el _____.
(Para uso de la Agencia)

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____
 ¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____

Si usted no hable inglés, le proveemos los servicios de un intérprete sin costo alguno. Si necesita ayuda para llenar su solicitud, llame a la oficina local Medicaid o llámenos al 1+888+544-7996. Si usted tiene dificultad para oír, llame al número TTY 1+800+220-5404.

Esta solicitud se usa SOLAMENTE para que Medicaid le pueda ayudar con algunos gastos Medicare, tales como primas, su porción de pagos del seguro y deducibles. Por favor complete TODAS las preguntas en este formulario. Si alguna respuesta es 'ninguna' o '0', escriba "ninguna". Si necesita MAS espacio en alguna pregunta, USE UNA HOJA SEPARADA.

1. Díganos el nombre y dirección de la persona que necesita ayuda con los gastos Medicare:

Nombre _____ Condado _____
 Dirección de correo _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Dirección donde vive (si es diferente) _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono en su casa # (____) _____ Otro número de teléfono (____) _____
 Estado Marital: Casado Soltero Divorciado Viudo/viuda

2. Díganos más acerca de la persona que mencionó arriba. Asegúrese de incluir al **cónyuge** e hijos **menores de 18 años** que viven en la casa. (No necesita dar números de Seguro Social del cónyuge o hijos que **NO** solicitan ayuda. Si los da, **SÓLO** se usarán para verificar ingresos)

Nombre: Primero, inicial del segundo, apellido	¿Solicita cobertura? S/N	Seguro Social número	Fecha de Nacimiento			Sexo M/F	Raza ①	Ciudadano de E. U. S/N	Relación con la Persona que solicita (esposo, esposa, etc.)
			mes	día	año				
									Usted

① NO está obligado a dar información sobre su raza. Si lo hace, use los siguientes códigos: 1= Blanco; 2= Negro; 3= Indio Americano/Alaska; 4= Asiático; 5= Hispano/Latino; 6= HI/Isleño del Pacífico; 7= Hispano/Latino con otra raza; 8= Raza múltiple no Hispana; 9= Desconocido.

3. ¿Son todos los solicitantes residentes del estado de Louisiana? Sí No
Si **No**, ¿Quién NO es residente de Louisiana? _____

4. Por favor dé la siguiente información sobre la cobertura Medicare de cada persona.

Persona cubierta	Reclamo Medicare número	Parte A		Parte B	
		Sí	No	Sí	No
Usted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICARE HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	
NAME OF BENEFICIARY JANE DOE	
MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A	SEX FEMALE
IS ENTITLED TO HOSPITAL MEDICAL	EFFECTIVE DATE (PART A) 07-01-1986 (PART B) 07-01-1986
SIGN HERE _____	

5. ¿Tiene alguno de los solicitantes seguro de salud **privado** que le cubra consultas y hospital? Sí No Si tiene, conteste las siguientes preguntas.

Nombre, dirección y teléfono de la Compañía de Seguros	Grupo/Póliza número	Costo Mensual	Persona(s) Cubierta(s)	La Póliza cubre:		
				hospital	doctor	ambulancia
		\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Trabaja alguien, o tiene alguien su propio negocio? Sí No Enumere CADA trabajo o negocio propio e indique el ingreso total antes de las deducciones.

(Envíe copias de **los cheques de pagos** u otro comprobante de los ingresos del **último mes**. El que tiene negocio propio, envíe copia de la más reciente declaración federal de impuestos y de los inventarios, u otro comprobante si no tiene declaración de impuestos)

A. Nombre, dirección y teléfono de la compañía o persona para la que trabaja , o B. Información del negocio propio	Nombre de la persona que trabaja	Salario por hora	Cantidad de horas que trabaja en la semana	Frecuencia de los pagos
		\$		
		\$		

7. ¿Recibe alguien dinero de otras fuentes como las que se mencionan aquí?

- ★ Seguro Social/SSI
- ★ Retiro/Pensiones/Anualidades
- ★ Beneficios a Veteranos
- ★ Desempleo
- ★ Indemnización obrera
- ★ Interés/Dividendos/Regalías
- ★ Dinero de amigos/parientes
- ★ **Otro** no enumerado

(Enumere los que recibe y envíe comprobantes. **NO** necesita enviar comprobante del ingreso SSI/Seguro Social o de Compensación por Desempleo.)

Tipo de Ingreso	Dirección y teléfono de la Fuente de Ingreso	¿Quién recibe el dinero?	¿Cuánto?	Frecuencia
			\$	
			\$	
			\$	

Ha solicitado alguien dinero de alguna de estas fuentes pero todavía no lo ha recibido? Sí No Si contestó **Sí**, ¿Quién y a qué fuente aplicó? _____

8. ¿Tiene alguien, bienes o recursos como los que se mencionan aquí?
Si tiene, dé la siguiente información y envíe comprobante del valor de cada uno.

Bien/Recurso	Nombre, dirección y teléfono de la compañía; y/o descripción	Número de cuenta/póliza	¿A quién pertenece?	¿Qué valor tiene?
Cuenta de Cheques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
Fideicomiso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
Acciones/Bonos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
Planes para Funeral/entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
Otros (CDs, IRAs, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$

9. ¿Tiene alguien seguro de vida/entierro? Sí No
Si alguien tiene, dé la siguiente información.

Dueño de la Póliza	Nombre, dirección y teléfono de la Compañía de Seguros	Número de Póliza	Valor Nominal
			\$
			\$

10. ¿Tiene alguien otra propiedad además de la casa donde usted vive?
 Sí No Si tiene, dé la siguiente información sobre cada propiedad y envíe comprobantes de posesión y valor actual. (No incluya la casa donde usted vive)

Dirección	Valor	Cantidad que debe
	\$	\$
	\$	\$

11. ¿Posee alguien o tiene alguien parte en la propiedad de más de un carro u otro vehículo? Sí No Si tiene, dé la siguiente información sobre cada vehículo.

Propietario(s)	Año	Marca	Modelo	Valor	Cantidad que debe
				\$	\$
				\$	\$

12. ¿Alguien más desea solicitar otra cobertura Medicaid (como local de asistencia o servicios para minorías o incapacitados)? Sí No
¿Tiene alguien facturas médicas por asistencia o servicios recibidos en los últimos 3 meses? Sí No Si tiene, ¿Qué cantidad? _____

13. ¿Dónde obtuvo esta solicitud? _____

Derechos y Responsabilidades

- ★ Declaro que todos los solicitantes son ciudadanos de E. U. o están legalmente en el país.
- ★ La información que doy en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Me doy cuenta que si sabiendo, doy información que no es verdadera o es incompleta y obtengo beneficios de salud para los cuales no soy elegible, puedo ser penado por fraude y podría ser obligado a devolver a Medicaid cualquier pago hecho incorrectamente.
- ★ Entiendo que la información que doy sobre mi situación será verificada. Acuerdo ayudar a hacerlo y a que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos, u otras fuentes. Si me rehúso a ayudar en este proceso o en revisiones posteriores hechas por cambios reportados, o como parte de una revisión para control de calidad, significará que no puedo obtener Medicaid hasta que colabore.
- ★ Entiendo que nuestros números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno sobre los ingresos, para probar la elegibilidad.
- ★ Acuerdo informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días, sobre los siguientes cambios: 1) Si alguien que recibe beneficios se mueve a otro estado; 2) Cambios de donde vivimos o recibimos el correo; 3) Cambios en la cobertura de otros seguros de salud.
- ★ Al aceptar Medicaid, acuerdo enviar al Departamento de Salud y Hospitales todo pago médico recibido de otras fuentes, por servicios que fueron cubiertos por Medicaid.
- ★ Puedo solicitar una apelación si creo que la decisión tomada en mi caso es injusta, incorrecta o tardada.
- ★ Medicaid no puede discriminar por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si creo que lo han hecho, puedo llamar a la Oficina para los Derechos Civiles en Dallas, TX al 1+800+368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

Firma del solicitante o Representante Autorizado

Fecha

Firma del Cónyuge, si es aplicable

Fecha

Firma de la Agencia o Representante AC, si es aplicable

Fecha