

SOLICITANTE

Use letra de molde clara y no escriba nada en el área sombreada.

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido			Teléfono particular				
Dirección particular Calle	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado		
¿Es un refugio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Dirección postal Calle/P.O. Box (Si es diferente de la anterior)			N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

NOMBRES

Ingrese su nombre primero. Ingrese los alias y el apellido de soltera. Si fuera necesario, adjunte una hoja adicional para enumerar a todos los hijos.

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Sexo	Número de Seguro Social	Raza/Grupo étnico (Consulte los códigos a continuación)
Usted				
Cónyuge				
Hijo*				
Hijo*				

*Si es menor de 18 años de edad.

Códigos de filiación étnica/raza: **B:** raza negra, no de origen hispano **W:** raza blanca, no de origen hispano **H:** hispano **A:** asiático o isleño del Pacífico **I:** indígena americano o nativo de Alaska **U:** desconocido **O:** otros

INFORMACIÓN DE CIUDADANÍA

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? Sí No

De no ser así, ¿tiene un estado migratorio satisfactorio? Sí No *Incluya número de residente extranjero, fecha del estado y fecha de ingreso al país, si corresponde.*

Número de residente extranjero	Fecha del estado (DOS)	Fecha de ingreso al país (DEC)
--------------------------------	------------------------	--------------------------------

¿Su cónyuge es ciudadano de los EE.UU.? Sí No

De no ser así, ¿su cónyuge tiene un estado migratorio satisfactorio? Sí No *Incluya número de residente extranjero, fecha del estado y fecha de ingreso al país, si corresponde.*

Número de residente extranjero	Fecha del estado (DOS)	Fecha de ingreso al país (DEC)
--------------------------------	------------------------	--------------------------------

INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare del solicitante (De la tarjeta de Medicare roja y azul)			
¿Tiene Medicare Parte A? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigencia	¿Tiene Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigencia
Número de Medicare del cónyuge (De la tarjeta de Medicare roja y azul)			
¿Su cónyuge tiene Medicare Parte A? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigencia	¿Su cónyuge tiene Medicare Parte B? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de entrada en vigencia

¿Le gustaría que consideremos proporcionarle un reembolso retroactivo de su prima de Medicare? Sí No

¿Usted o su cónyuge pagan otras primas de seguro médico aparte de Medicare? Sí No

¿Quién?	Monto mensual \$
---------	------------------

¿Usted o su cónyuge pagan manutención conyugal/infantil? Sí No

¿Quién?	Monto mensual \$
---------	------------------

¿Usted o su cónyuge reciben pagos de un fideicomiso o figuran como beneficiarios de un fideicomiso? Sí No

¿Quién?	Valor \$
---------	----------

INGRESOS

Enumere a continuación los ingresos disponibles como: salario, sueldos, pensión, seguro social, indemnización por despido, ingresos comerciales o por alquiler, etc. Si fuera necesario, adjunte una hoja adicional para incluir todas las fuentes de ingresos.

Nombre del solicitante, cónyuge o hijo menor de 18 años	¿Quién proporciona el dinero? (Nombre/Fuente de ingresos)	¿Qué monto?	¿Con qué frecuencia? (Semanalmente, quincenalmente, mensualmente, otros)

Desea recibir notificaciones en: Inglés únicamente Español e inglés

CONSENTIMIENTO

Entiendo que, al firmar este formulario de solicitud/certificación, acepto cualquier investigación que lleve a cabo el Departamento de Servicios Sociales a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación que haga en relación con mi solicitud de Medicaid. Si se solicita información adicional, la proporcionaré.

FIRMAS

Firma del solicitante/representante	Fecha	
Firma del cónyuge	Fecha	
Representante: Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Relación	

INSTRUCCIONES

COMPLETE LA SOLICITUD.

Asegúrese de responder todas las preguntas. Si está casado y vive con su cónyuge, debe completar tanto las preguntas para "Usted" como para su "Cónyuge" en la solicitud (incluso si el cónyuge no solicita el Programa de Ahorros de Medicare [Medicare Savings Program, MSP]).

FIRME Y FECHÉ EL FORMULARIO.

Si ambos cónyuges solicitan el MSP, ambos deben firmar la solicitud.

INCLUYA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN.

Revise esta lista y envíe los documentos que debe proporcionar para que el Programa de Medicaid determine si es elegible para recibir el MSP. Si solicita un reembolso retroactivo de sus primas de Medicare, debe enviar una constancia de sus ingresos de los últimos tres meses. Si su cónyuge lo solicita, también deberá presentar esta documentación.

- Una fotocopia del frente y del dorso de su **tarjeta de Medicare**.
- **Constancia de ingresos:** comprobantes de pago, una carta del empleador, la declaración fiscal, una carta de otorgamiento de algún beneficio de ingresos que no provienen de un trabajo (como seguro social, seguro por desempleo o beneficio de veterano) o una carta del arrendador, huésped o inquilino.
- **Primas de seguros médicos que usted pague aparte de Medicare:** una carta del empleador, el estado de cuenta de las primas o el comprobante de pago.
- **Constancia de fecha de nacimiento:** licencia de conducir del estado, certificado de nacimiento de EE. UU., tarjeta de residente permanente ("tarjeta verde") o tarjeta de identificación de beneficios del estado de Nueva York.
- **Constancia de residencia:** recibo de alquiler, carta o contrato de arrendamiento con la dirección particular emitidos por el propietario, licencia de conducir (si se emitió durante los últimos 6 meses), factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable, combustible o agua), tarjeta de id. del gobierno con la dirección, estado de la hipoteca o registros del impuestos sobre la propiedad, o sobre o postal con matasello (no pueden usarse si se enviaron a una casilla de correo).
- Si no es ciudadano de EE. UU., debe proporcionar documentos que describan su estado migratorio actual.

Envíe la solicitud y la documentación requerida a su **Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS)** o a la **Administración de Recursos Humanos (Human Resource Administration, HRA)**. Para encontrar la dirección en su condado visite:

http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar este formulario, estoy solicitando recibir el Programa de Ahorros de Medicare. **EL PAGO DE SU PRIMA DE MEDICARE ES UN BENEFICIO DE MEDICAID.**

SANCIONES

Entiendo que pueden llevarse a cabo investigaciones sobre mi solicitud y acepto cooperar en dichas investigaciones. Las leyes federales y estatales prevén penas en forma de multa, prisión o ambas si no dice la verdad al solicitar beneficios de Medicaid o en cualquier momento que le pregunten acerca de su elegibilidad, o si usted hace que otra persona mienta sobre su solicitud o la continuidad de su elegibilidad.

CAMBIOS

Acepto informar inmediatamente sobre cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS)

Si está solicitando solo el Programa de Ahorros de Medicare, debe proporcionar su NSS, a menos que se trate de una mujer embarazada. Las leyes que requieren esto son las siguientes: 18NYCRR secciones 351.2, 360-1.2 y 360-3.2(j)(3); 42USC 1320b-7. Los NSS se usan de diferentes maneras, tanto en los distritos de servicios sociales locales como entre los distritos de servicios sociales locales y las agencias federales, estatales y locales, ya sea en Nueva York o en otras jurisdicciones. Algunos usos de los NSS son los siguientes: verificar la identidad, identificar y verificar los ingresos derivados y no derivados de la actividad laboral, comprobar si los padres ausentes pueden obtener cobertura del seguro médico para los solicitantes, comprobar si los solicitantes pueden obtener manutención infantil y comprobar si los solicitantes pueden obtener dinero u otra ayuda.

CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA Y DE ESTADO MIGRATORIO

Certifico, bajo pena de perjurio, mediante mi firma en esta solicitud, que yo/la persona por quien firmo soy/es ciudadano de los Estados Unidos o nacional de los Estados Unidos o tengo/tiene un estado migratorio satisfactorio. Entiendo que la información sobre mí se presentará ante los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) para la verificación de mi estado migratorio, si corresponde. También entiendo que el uso o la divulgación de la información sobre mí se limitan a las personas y a las organizaciones directamente relacionadas con la verificación del estado migratorio y la administración y la ejecución de las disposiciones del programa de Medicaid.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La presente solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, discapacidad, credo religioso, nacionalidad o creencias políticas.

CERTIFICACIÓN

Al firmar esta solicitud, juro y afirmo que la información que he proporcionado o que proporcionaré al Departamento de Servicios Sociales como base para recibir Medicaid es correcta. También cedo al Departamento de Servicios Sociales cualquier derecho que tenga de solicitar asistencia de las personas que tengan responsabilidad legal de mi manutención y de solicitar otros recursos de terceros. Entiendo que los pagos que efectuó Medicaid en mi nombre se podrían recuperar de las personas que tenían la responsabilidad legal de mi manutención en el momento en que se recibieron los servicios médicos.

Si luego de leer y completar este formulario, decide que **NO** quiere solicitar el Programa de Ahorros de Medicare, firme con su nombre a continuación:

Doy mi consentimiento para retirar mi solicitud:

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information			Date	Employed By		
Date Eligibility Determined By Worker			Date Eligibility Approved By			
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 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No