

Formulario de solicitud de Prescription Advantage

Para residentes de Massachusetts que tengan 65 años de edad y mayores o que sean menores de 65 años y con discapacidades



A. Información del solicitante y del cónyuge

► ¿Completa este formulario alguien más que no sea el solicitante? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si contestó “Sí”, escriba el nombre de la persona y la relación con el solicitante (p. ej.: pariente, amigo, defensor)	
Nombre:	Relación:
Si usted y su cónyuge viven juntos, usted debe completar las secciones <i>Cónyuge</i> , inclusive si él o ella no está solicitando beneficios.	
► ¿Quién presenta la solicitud en este formulario? <input type="radio"/> Usted <input type="radio"/> Usted y su cónyuge	
Nombrar a su cónyuge como persona designada nos permitiría hablar con él o ella si usted no está disponible.	
► ¿Desea nombrar a su cónyuge como persona designada en su cuenta? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
► Si ambos presentan una solicitud, ¿desean ser la persona designada para el otro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

Solicitante (escriba en letra de imprenta)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Jr/Sr/etc.
Número de Seguro Social (opcional)	¿Está inscrito a Medicare? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No *Número de ID de Medicare:		Número de Jubilación Ferroviaria
Fecha de nacimiento	Género <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		Idioma preferido:
¿Tiene un cónyuge que vive con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si contestó “Sí”, complete la sección <i>Cónyuge</i> a continuación.			

Cónyuge (escriba en letra de imprenta)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Jr/Sr/etc.
Número de Seguro Social (opcional)	¿Está inscrito en Medicare? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No *Número de ID de Medicare:		Número de Jubilación Ferroviaria
Fecha de nacimiento	Género <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		Idioma preferido:
¿Está afiliado a Prescription Advantage? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si contestó “Sí”, escriba su número de ID de Prescription Advantage:			

Dirección principal (No Apartado Postal)	Apt.	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior)	Apt.	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono (_____) _____				

*Si tiene Medicare Parte A o B, envíe una copia del frente de su tarjeta de identificación de Medicare.

C. Información del hogar

- ¿Cuántos familiares (además de su cónyuge) viven con usted y dependen de usted o de su cónyuge para proporcionarles al menos la mitad del sostén económico de ellos?

Los familiares pueden incluir toda persona relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción.

Número de familiares _____

D. Otra cobertura de medicamentos de venta con receta

Recordatorio: Envíe una copia del frente y dorso de su tarjeta de seguro. Si tiene un plan de cobertura acreditable, envíe una copia de una carta del plan que verifique su cobertura acreditable.

1. ¿Está usted inscrito en un plan de cobertura de medicamentos acreditable o de Medicare? Indique el nombre de su plan.

Solicitante: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Cónyuge: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Nombre del plan:

Nombre del plan:

2. ¿Tiene usted algún otro seguro de salud? Indique el nombre de su plan.

Solicitante: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Cónyuge: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Nombre del plan:

Nombre del plan:

3. Si tiene otro seguro de salud, ¿incluye cobertura para medicamentos de venta bajo receta?

Solicitante: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Cónyuge: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

4. ¿Recibe usted cobertura de salud a través de Medicaid (MassHealth o CommonHealth)?

Solicitante: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Cónyuge: ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

5. ¿Recibe usted cobertura de un Programa de Ahorros de Medicare? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

E. Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare

- ¿Superan sus ahorros, inversiones y bienes raíces (aparte de su vivienda) en valor a los límites de recursos para Ayuda Adicional (Extra Help)? Su respuesta no afectará su elegibilidad para Prescription Advantage. Incluya los bienes que sean de su propiedad, con su cónyuge o con otra persona. *No incluya* su vivienda, pólizas de seguro de vida, lotes en el cementerio, o posesiones personales. Consulte el lado 1 de la Guía de Tarifas de Prescription Advantage para saber los límites de recursos actuales para personas solteras y casadas. Los límites pueden encontrarse en el párrafo **Medicare ofrece “Ayuda Adicional”**.

☐ Sí

☐ No

☐ No estoy seguro

Recordatorio: Si solicitó Ayuda Adicional, envíe una copia de la carta de determinación del Seguro Social. Si no tiene una carta de determinación, envíe una copia de su recibo de solicitud de Ayuda Adicional del Seguro Social.

Recordatorio: Si presentó una solicitud para el programa MassHealth Buy-In, también conocido como Programa de Ahorros de Medicare, envíe una copia de la carta de determinación que usted recibió de MassHealth.

F. Información sobre empleo y discapacidad

Todos los solicitantes deben responder la pregunta 1.

Si usted tiene menos de 65 años de edad, responda a la pregunta 2 sobre su estado de discapacidad.

1. ¿Trabaja actualmente? Si contestó “Sí”, ¿cuántas horas trabaja por mes?

Solicitante: o Sí o No Horas por mes _____

Cónyuge: o Sí o No Horas por mes _____

Recordatorio: Presente documentación si responde “Sí” a la pregunta 2 y si tiene menos de 65 años.

2. ¿Tiene una discapacidad calificada? Solicitante: o Sí o No

Cónyuge: o Sí o No

Envíe una **copia de uno** de los siguientes documentos. Marque la casilla junto al documento que envía.

SOLICITANTE

- ☐ Su tarjeta de Medicare;
- ☐ Carta actualizada del Seguro Social de asignación de beneficios de SSDI o SSI;
- ☐ Certificado de ceguera de la Comisión de no videntes de Massachusetts;
- ☐ Determinación de discapacidad de MassHealth o CommonHealth (Medicaid);
- ☐ Verificación por escrito de beneficios de SSDI o SSI firmado por un representante autorizado de reclamos del Seguro Social con membrete del Seguro Social

CÓNYUGE

- ☐ Su tarjeta de Medicare;
- ☐ Carta actualizada del Seguro Social de asignación de beneficios de SSDI o SSI;
- ☐ Certificado de ceguera de la Comisión para no videntes de Massachusetts;
- ☐ Determinación de discapacidad de MassHealth o CommonHealth (Medicaid);
- ☐ Verificación por escrito de beneficios de SSDI o SSI firmado por un representante autorizado de reclamos del Seguro Social con membrete del Seguro Social

G. Información sobre los ingresos

Recordatorio: **TODOS** los solicitantes deben proporcionar documentación para verificar los ingresos.

Consulte las **páginas 3, 4 y 5** de las *Instrucciones para la solicitud* para obtener información sobre el cálculo de ingresos y los tipos de documentos de ingresos que debe enviar.

TODOS los solicitantes deben responder a las siguientes preguntas sobre el ingreso del Seguro Social y la declaración de impuestos federales sobre los ingresos.

► **¿Es el Seguro Social su única fuente de ingresos?**

Solicitante: o Sí o No Cónyuge: o Sí o No

► **¿Presentan usted o su cónyuge la declaración de impuestos federales?**

Solicitante: o Sí o No Cónyuge: o Sí o No

Firmas

Por favor lea las siguientes declaraciones, y luego firme y escriba la fecha al final de esta página. Debido a que requerimos información sobre los ingresos de su hogar, su cónyuge también debe firmar si él o ella vive con usted, incluso si él o ella no está presentando una solicitud en este momento.

Acepto cumplir con todo el reglamento de Prescription Advantage e informaré a Prescription Advantage, por escrito, dentro de quince (15) días hábiles de todo cambio en mi información personal que pudiera afectar mi elegibilidad o nivel de beneficios. Esta información incluye, entre otros, cambios de residencia, estado civil, ingresos y situación de Medicare.

Entiendo y autorizo a que:

1. Prescription Advantage pueda compartir mi información personal con otras agencias estatales y federales, así como con cualquier otra organización que me proporcione cobertura de medicamentos de venta bajo receta, con el propósito de coordinar mis beneficios de Prescription Advantage con mi otra cobertura de medicamentos de venta bajo receta; y
2. Prescription Advantage pueda usar mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, y otros datos de identificación para verificar la información que he proporcionado en esta solicitud, tal como cualquier información que haya incluido sobre mis ingresos, con otras agencias estatales y federales, que incluyen, entre otras, el Departamento de Hacienda de Massachusetts y la Administración del Seguro Social de Estados Unidos. Prescription Advantage puede usar los datos de identificación para realizar comparación de datos con el fin de confirmar mi elegibilidad para asistencia y detectar fraude. Prescription Advantage también puede comparar los datos de identificación que haya proporcionado en esta solicitud sobre mis familiares, como mi cónyuge o mis dependientes.

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información en este formulario y la documentación adjunta y que es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender. Asimismo, certifico que toda la información que envíe en el futuro que esté relacionada con este formulario y la documentación adjunta también será verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender.

Si usted actúa en nombre de alguien que no puede completar este formulario debido a una condición física o mental, al firmar este formulario, usted declara que la información enviada y cualquier información adjunta o complementaria es verdadera, completa y correcta a su leal saber y entender.

X _____ Fecha _____
Firma del solicitante (o persona designada si el solicitante no puede completar este formulario)

X _____ Fecha _____
Firma del cónyuge del solicitante (o persona designada si el cónyuge no puede completar este formulario)

Firme y envíe a Prescription Advantage, P.O. Box 15153, Worcester, MA 01615-0153 o por fax al 508-793-1133.

Si tiene preguntas, llame al Servicio al cliente de Prescription Advantage al 1-800-243-4636,
o TTY al 711 para personas sordas o con dificultades de audición.

AUTO DECLARACION NUEVO SOLICITANTE – FORMULARIO DE INGRESO

Seleccione porque está completando este formulario (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Está solicitando Prescription Advantage Y no ha presentado declaraciones de impuestos federales en los últimos (2) años calendario.
- ☐ Usted está solicitando Prescription Advantage y solicita eliminar los ingresos que ya no recibe de sus ingresos declarados.
- ☐ Otra, (especifique) _____

Por favor imprima claramente y complete todos los montos de ingresos apacibles.

SECCION A: Información del Solicitante

.....
Apellido (Solicitante)

.....
Primer nombre (Solicitante)

.....
**Fecha de
Nacimiento**

.....
Apellido (Cónyuge del solicitante)

.....
Primer nombre (Cónyuge del solicitante)

.....
**Fecha de
Nacimiento**

.....
Dirección (donde vive en MA)

.....
Ciudad

.....
Estado

.....
Código Postal

SECCION B: Calculación de Ingresos

Ingresos reportados a continuación son para el año calendario: _____

- Si NO ha presentado declaraciones de impuestos federales sobre la renta en los últimos (2) años calendario, indique todos los ingresos anuales brutos recibidos el año anterior. El **monto bruto es antes de las deducciones, como las primas de la Parte B o la Parte D, y los impuestos y debe incluir al solicitante y su cónyuge.**
- Si solicita que se eliminen los ingresos de sus ganancias del año anterior, ingrese el monto bruto en el tipo apropiado, es decir, salarios laborales. Si sus ingresos declarados afectan su elegibilidad en el programa Prescription Advantage y/o su categoría de membresía, es posible que se le solicite que proporcione documentación de respaldo.

Tipo (todo aplicable)	Cantidad bruto (Solicitante y cónyuge)	Ingresos que ya no se reciben	Tipo (todo aplicable)	Cantidad bruto (Solicitante y cónyuge)	Ingresos que ya no se reciben
Seguro Social	\$	\$	Negocios/Empleo por cuenta propia	\$	\$
Salarios de empleo	\$	\$	Pensión alimenticia	\$	\$
1099 - Ingresos reportados	\$	\$	Ingresos por alquiler	\$	\$
Desempleo	\$	\$	Beneficios sujetos a impuestos para veteranos	\$	\$
Pagos por discapacidad	\$	\$	Reembolsos sujetos a impuestos	\$	\$
Jubilación	\$	\$	Pago por enfermedad de terceros	\$	\$
Jubilación ferroviaria	\$	\$	Fondo fiduciario	\$	\$
Pensión / Anualidad	\$	\$	Otros (especificar), _____	\$	\$
IRA	\$	\$	Otros (especificar), _____	\$	\$
Juego	\$	\$	Otros (especificar), _____	\$	\$
Ganancias capitales	\$	\$	Otros (especificar), _____	\$	\$
Dividendos/Intereses	\$	\$	Otros (especificar), _____	\$	\$

Ingresos brutos anuales totales = \$ _____

Ingresos totales para eliminar = \$ _____

Ingresos brutos totales (total anual – ingresos para remover) = \$ _____

SECCION C: Firma (Requerida)

Por la presente certifico, bajo pena y pena de perjurio, que he examinado toda la información en este formulario y la documentación adjunta y que es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender. Certifico además que cualquier información que envíe en el futuro relacionada con este formulario y la documentación adjunta enviada también será verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender.

*Si actúa en nombre de alguien que no puede completar este formulario debido a una condición física o mental, al firmar este formulario, declara que la información enviada y cualquier información complementaria o complementaria es verdadera, completa y correcta a su leal saber y entender. *Note* - Si es un apoderado o poder notarial de atención médica, debe completar un formulario de representante autorizado específicamente para Prescription Advantage.*

Nombre del firmante (Solicitante).....

Fecha

Nombre de la firma (cónyuge del solicitante, si solicita)

Fecha.....

☐ Marque aquí si es un representante autorizado