

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?** o Sí o 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 *Cónyuge*, inclusive si él o ella no está solicitando beneficios.

► **¿Quién presenta la solicitud en este formulario?** o Usted o 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?** o Sí o No

► **Si ambos presentan una solicitud, ¿desean ser la persona designada para el otro?** o Sí o 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? o Sí o No *Número de ID de Medicare:		Número de Jubilación Ferroviaria
Fecha de nacimiento	Género o Hombre o Mujer		Idioma preferido:

¿Tiene un cónyuge que vive con usted? o Sí o No
Si contestó “Sí”, complete la sección *Cónyuge* 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? o Sí o No *Número de ID de Medicare:		Número de Jubilación Ferroviaria
Fecha de nacimiento	Género o Hombre o Mujer		Idioma preferido:

¿Está afiliado a Prescription Advantage? o Sí o 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: Sí No Horas por mes _____

Cónyuge: Sí 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: Sí No Cónyuge: Sí 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: Sí No Cónyuge: Sí No

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

Solicitante: Sí No Cónyuge: Sí 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 1-877-610-0241 para personas sordas o con dificultades de audición.

SELF-ATTESTATION NEW APPLICANT - INCOME FORM

Select why you are completing this form (check all that apply)

- You are applying for Prescription Advantage AND you have not filed federal tax returns in the last (2) calendar years
- You are applying for Prescription Advantage and requesting to remove income no longer received from your reported income
- Other, (specify) _____

Please print clearly and fill out all applicable income amounts.

SECTION A: Applicant Information

Last name (Applicant)	First name (Applicant)	Date of Birth
Last name (Applicant Spouse)	First name (Applicant Spouse)	Date of Birth
Street Address (where you are living in MA)	City	State
		ZIP

SECTION B: Income Calculation The income reported below is for calendar year: _____

- If you have NOT filed federal income tax returns in the last (2) calendar years list all gross annual income received in the previous year. The **gross amount is before deductions, such as Part B or Part D premiums, and taxes and must include applicant & spouse.**
- If you are requesting to have income removed from your previous year's earnings enter the gross amount in the appropriate type, i.e., employment wages. If your reported income impacts your eligibility in the Prescription Advantage program and / or your membership category, you may be asked to provide supporting documentation.

Type (all applicable)	Gross Amount (Applicant & Spouse)	Income No Longer Received	Type (all applicable)	Gross Amount (Applicant & Spouse)	Income No Longer Received
Social Security	\$	\$	Business/Self-Employment	\$	\$
Employment Wages	\$	\$	Alimony	\$	\$
1099 - Income Reported	\$	\$	Rental Income	\$	\$
Unemployment	\$	\$	Veterans Taxable Benefits	\$	\$
Disability Payments	\$	\$	Taxable Refunds	\$	\$
Retirement	\$	\$	3rd Party Sick Pay	\$	\$
Railroad Retirement	\$	\$	Trust Fund	\$	\$
Pension / Annuity	\$	\$	Other (specify), _____	\$	\$
IRA	\$	\$	Other (specify), _____	\$	\$
Gambling	\$	\$	Other (specify), _____	\$	\$
Capital Gains	\$	\$	Other (specify), _____	\$	\$
Dividends /Interest	\$	\$	Other (specify), _____	\$	\$
Total annual gross income = \$ _____			Total income to be removed = \$ _____		
Total gross income (total annual – income removed) = \$ _____					

SECTION C: Signature (Required)

I hereby certify, under the pains and penalties of perjury, that I have examined all the information on this form and the accompanying documentation and that it is true, complete, and correct to the best of my knowledge and belief. I further certify that any information I submit in the future related to this form and the accompanying documentation submitted will also be true, complete, and correct to the best of my knowledge and belief.

*If you are acting on behalf of someone who is unable to complete this form because of a physical or mental condition, by signing this form, you are declaring that the information submitted, and any accompanying or supplemental information is true, complete, and correct to the best of your knowledge and belief. *Note* - If you are a Healthcare Proxy/Power of Attorney, you must complete an Authorized Representative Form specifically for Prescription Advantage.*

Sign name (Applicant)..... Date

Sign name (Applicant Spouse, if applying) Date

Check here if you are an Authorized Representative