



## Muchas gracias por su interés en el Programa de Ahorros de Medicare-Medicare Savings Program

State Form 49921 (R5 / 4-19) / FI 2033S

- Para inscribirse por favor complete ambas partes de la solicitud anexa. Si hay alguna parte que no entiende, déjela en blanco. Sin embargo, deberá completar la Sección 1 y firmar las Sección 13.
- Todos los miembros de su grupo familiar que tengan Medicare, Parte A, podrán inscribirse para recibir asistencia en esta solicitud. Esto también tiene validez si actualmente usted no tiene Medicare, Parte B. En la Sección 1 asegúrese de marcar ✓ en la última columna para las personas que se están inscribiendo.
- Usted deberá suministrar copias de ciertos documentos para ayudarnos a determinar su elegibilidad, tales como:

Su tarjeta de Medicare;  
Sus extractos de cuentas más *recientes* de todas las cuentas bancarias, anualidades, acciones, bonos, etc.;  
Escrituras de propiedad (para la propiedad que no sea la casa donde vive);  
Pólizas de seguro de vida;  
Documentos fiduciarios funerarios;  
Prueba de ingresos;  
Documentos de inmigración para los inmigrantes legales;  
Tarjeta de identificación de otros seguros de salud, como el suplemento de Medicare.

Si usted no tiene todos los documentos que necesitamos podemos ayudarle a obtener la información.

- Si es elegible para el Programa de Medicare Savings Program (Programa de Ahorros de Medicare) le tomará al Social Security Administration por lo menos entre 3 y 4 meses para dejar de retener la prima, Parte B, de su cheque. Sin embargo, usted recibirá un cheque de reembolso por la cantidad total de primas que le debemos.

Si usted recibió esta solicitud por correo podrá devolverla a vuelta de correo a nuestra oficina después de haberla completado. Envíela a:

**FSSA Document Center, PO Box 1810, Marion, IN 46952**

---

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE

*Por favor lea detalladamente esta información.*

1. La información que usted suministre será confidencial. (42 CFR 431.300, 470 IAC 1-2-7, 470 IAC 1-3-1, 470 IAC 6-1-1, 405 IAC 1-1-12.)
2. Si usted no puede obtener los documentos necesarios para determinar su elegibilidad tendrá que firmar un consentimiento para descargo de información y los obtendremos por usted.
3. La elegibilidad se considera sin tener en cuenta la raza, el color de piel, el credo, el sexo, la edad, la discapacidad, el origen nacional o las creencias políticas.

***(Guarde esta página.)***

4. La Oficina del Condado de la División de Recursos para la Familia le enviará un aviso indicándole si su solicitud fue aprobada o rechazada. Usted podrá solicitar una audiencia imparcial si está en desacuerdo con cualquier decisión sobre su elegibilidad o si su solicitud no fue procesada dentro de un período de cuarenta y cinco (45) días.
5. Le preguntamos cuál es su descendencia étnico-racial para indicar cumplimiento con la Ley Federal de los Derechos Civiles. Sin embargo, no es un requisito que usted nos suministre dicha información.
6. Usted deberá suministrar la información precisa y completa en su solicitud. La persona que reciba asistencia habiendo dado información falsa o tergiversa la verdad está cometiendo un delito y podrá ser procesada de acuerdo con la ley y se requiere repagar los beneficios recibidos por error.
7. El estado inmigratorio de los inmigrantes legales podría ser verificado por el Citizen and Immigration Service.
8. Usted debe suministrarnos su número de Seguro Social. Lo usaremos para revisar la información de otras agencias estatales y federales, como la Administración del Seguro Social.
9. Usted puede presentar un reclamo por cualquier beneficio al que tenga derecho, como Seguro Social o beneficios por discapacidad.
10. Si se produjera un cambio de cualquier información que suministró en su solicitud deberá notificarlo a la Oficina del Condado de la División de Recursos para la Familia dentro de un período de diez (10) días.
11. Sus derechos al apoyo médico y pago de la asistencia médica están asignados al Estado si se determina que usted es elegible para el Medicare Savings Program o Programa de ahorros de Medicare. Esta asignación no es aplicable para los pagos de Medicare. Usted deberá cooperar para obtener el apoyo médico o los pagos de un tercero. Esto significa que usted deberá decirnos sobre la cobertura médica que posee ahora o que obtendrá en el futuro, cualquier orden de la corte que estipule el pago de cualquiera o todas sus facturas médicas y cualquier acción legal que usted tome o intente tomar contra un tercero por cualquier lesión que usted sufra en un accidente.

Usted podría ser disculpado de los requisitos arriba indicados si puede mostrar que la cooperación le causaría un daño físico o emocional. Si su reclamo es por buena causa recibirá un aviso explicando las circunstancias de la buena causa y la clase de información que deberá presentar para apoyar su reclamo. Usted puede solicitar el aviso de buena causa para ayudarle a decidir si desea reclamar una buena causa.

12. La ley federal no le permite al Estado entablar un reclamo contra sus bienes después de su fallecimiento para recuperar la cantidad de beneficios que le paga el Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). La recuperación del Estado es una estipulación del programa de cobertura total de Medicaid; sin embargo, no incluye beneficios pagados al MSP por los servicios incurridos el y después del 1 de enero de 2010.
13. Si usted considera que ha sido discriminado en contra de la determinación de la elegibilidad para los beneficios tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles comunicándose con el Department of Health and Human Services, Director of the Office of Civil Rights, Room 506F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201. Teléfono número (202) 619-0403, o TDD llamando al (202) 619-3257.

***(Guarde esta página.)***



**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE (QMB, SLMB, QI)**

State Form 49921 (R5 / 4-19) / FI 2033S

**Para la oficina únicamente**

Fecha de la solicitud (mes, día, año)

Fecha de recibo de DFR (mes, día, año)

**1. Por favor proporcione información sobre los miembros de su grupo familiar. Coloque una ✓ en la última columna, si esa persona se está inscribiendo. Liste los solicitantes, sus cónyuges, sus hijos menores de 18 años y sus hijos entre 18 y 21 años que son estudiantes.**

Nombre (primer, SN, apellido)	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Número de Seguro Social	Estado Civil	Raza	Sexo	Parentesco con usted	Ciudadano de U.S. (Sí / No?)	Se inscribe para solicitar beneficios (✓)

**2. Por favor díganos cuál es su dirección y teléfono.**

Dirección particular (número y calle, ciudad, estado, código postal)	Condado	Teléfono (      )
Dirección postal, si es distinta a la de arriba (número y calle, ciudad, estado, código postal)	Condado	Otro número de contacto (      )
Dirección del representante autorizado, si corresponde (número y calle, ciudad, estado, código postal)	Condado	Teléfono (      )

**3. ¿Los solicitantes son residentes de Indiana?**  Sí  No

**4. ¿Alguno de los solicitantes tiene un tutor legal designado por la corte?**  Sí  No  
Si responde Sí ¿Quién es? \_\_\_\_\_

**Preguntas 5 y 6: por favor suministre información sobre los miembros del grupo familiar que listó en la Pregunta #1, incluyendo los niños.**

**5. Coloque una ✓ al lado de las clases de ingresos abajo listadas que recibe usted y los miembros del grupo familiar.**

SSI	Desempleo	Efectivo de amigos, parientes, etc.
Seguro Social	Sustento (pensión o sustento del niño)	Compensación para el trabajador
Beneficios para los Veteranos	Beneficios por enfermedad / pagos por incapacidad	Empleo
Jubilación de los Ferroviarios	Pago por huelga	Ingreso de bienes raíces (como alquiler o renta, pagos por contrato de tierras, pagos por alquiler o renta de finca)
Pensión	Pagos por interés	Dividendos
Asignación Militar	Beneficios por enfermedad del minero (Black Lung)	¿Otro? Especificar:

**6. ¿El ingreso del grupo familiar durante los últimos tres (3) meses ha sido igual que el actual?**  Sí  No

Si responde No, explique brevemente las razones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las preguntas 7, 8 y 9 están relacionadas con los recursos (bienes). Por favor suministre información sobre los solicitantes y sus cónyuges. Incluya los recursos ganados individualmente y los obtenidos conjuntamente con otra persona.

7. ¿Alguna persona tiene seguro de vida?  Sí  No

8. ¿Alguna persona es propietaria de un automóvil u otro vehículo(s)?  Sí  No

9. Coloque una ✓ al lado de cada clase de recurso abajo indicado que posee cada uno.

Cuenta de ahorros		Bonos		Cooperativa de crédito		Certificados de depósito		Casa rodante	
Cuenta corriente		Fondos fiduciarios		Plan / fideicomiso funerario		Acciones		Camper	
Dinero en efectivo		Acciones		IRA / fondos de retiro		Keogh / plan 401		Bienes raíces	
Masa hereditaria en vida en propiedad		Derechos mineros		Ganado		Equipo para la hacienda		Otro	

10. Suministre información sobre la cobertura de Medicare del solicitante.

Nombre	Número de Medicare	Fecha en vigencia de la Parte A (mes, día, año)	Fecha en vigencia de la Parte B (mes, día, año)	Parte D (Sí o No)

11. ¿Algún solicitante tiene otro seguro de salud, como la póliza Suplementaria de Medicare?  Sí  No

12. ¿Algún solicitante paga sustento familiar para los niños que viven fuera del grupo familiar?  Sí  No

13. Por favor lea la declaración abajo indicada y firme su solicitud.

**CERTIFICACIÓN**

Certifico bajo multa por falso testimonio, que toda la información que he suministrado es completa y correcta a mi mejor saber y entender, y que he recibido el Aviso titulado "Derechos y Responsabilidades del Programa de Medicaid".

Firma	Fecha (mes, día, año)
-------	-----------------------

Firma del testigo si firmó con una "X"

Si este formulario está siendo firmado por un representante autorizado para el solicitante, deberá incluirse un formulario de Representante autorizado al presentar esta solicitud. El formulario del Estado 55371 puede bajarse de [www.in.gov/iara](http://www.in.gov/iara).