BHSF Forma 1-MB
Rev. 04/04
II

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)

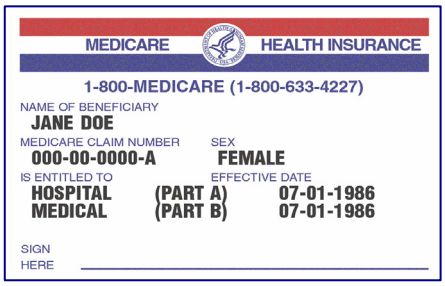
Nombre: Primero, inicial del segundo, apellido	¿Solicita cobertura? S/N	Seguro Social número	Fecha de Nacimiento			Sexo M/F	Raza ①	Ciudadano de E. U. S/N	Relación con la Persona que solicita (esposo, esposa, etc.)
			mes	día	año				
									Usted

①NO 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		❑	❑	❑	❑
Cónyuge		❑	❑	❑	❑


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
EFFECTIVE DATE
HOSPITAL (PART A) 07-01-1986
MEDICAL (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
		$		❑	❑	❑
		$		❑	❑	❑

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 ❑ Sí ❑ No			$	$
Cuenta de Ahorros ❑ Sí ❑ No			$	$
Fideicomiso ❑ Sí ❑ No			$	$
Acciones/Bonos ❑ Sí ❑ No			$	$
Planes para Funeral/entierro ❑ Sí ❑ No			$	$
Otros (CDs, IRAs, etc.) ❑ Sí ❑ 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