



Solicitud / Renovación Planes de Ahorro Medicare

ES-3100.8
8--22

Esta solicitud es solo para los siguientes tipos de cobertura médica:

- Beneficiario Calificado Medicare (QMB, por sus siglas en inglés)
- Beneficiario de Medicare con Bajos Ingresos (LMB, por sus siglas en inglés)
- Beneficiario de Medicare con Bajos Ingresos Expandido (ELMB, por sus siglas en inglés)

La Recuperación del Patrimonio no aplica a estos programas.

Envíe su formulario de solicitud firmado a:

KanCare Clearinghouse
PO Box 3599
Topeka KS 66601-9738

O envíelo por fax a: 1-800-498-1255

Instrucciones:

- Complete todo el formulario. Si necesita más espacio para escribir, adjunte páginas adicionales.
- Incluya copias de los documentos donde se los solicite.
- Firme la solicitud al pie de la última página. Su solicitud no está completa hasta que está firmada.
- Lea sus derechos y responsabilidades en la última página.

Díganos su Dirección de Correo Postal

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo	
Domicilio			Departamento #		
Ciudad			Estado		Código Postal
Teléfono		Correo Electrónico		Condado	
¿Quiere usted que su cónyuge administre su asistencia médica?				No	Sí
¿Quiere usted que alguien además de, o en lugar de, su cónyuge administre su asistencia médica?					
¿Además de su cónyuge?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	¿En lugar de su cónyuge?	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí		
Si usted respondió sí a alguien además de, o en lugar de, su cónyuge, por favor liste la persona y firme abajo:					
Apellido		Primer Nombre		Teléfono	
Domicilio			Departamento #		
Ciudad		Estado	Código Postal	Correo Electrónico	

Nombro a la persona antes mencionada para que sea mi representante para solicitar y administrar mi caso de asistencia médica.

Firma: _____

Idioma: ¿Prefiere usted otro idioma que no sea Inglés o necesita otro medio para comunicarse (por ejemplo, Braille)?

No Si Hablado: _____ Escrito: _____

Otro Medio (Sea específico): _____

Información Personal:

	Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo
Usted						
Cónyuge						

¿Tienen usted y/o su cónyuge cobertura Medicare?				Número de Reclamo Medicare	Ciudadano de los EE. UU.		Raza/Grupo Étnico (códigos más abajo)	Ciudad y estado de nacimiento
Usted	N	S	Haga un círculo en el tipo de plan: A B C D		N	S		
Cónyuge	N	S	Haga un círculo en el tipo de plan: A B C D		N	S		

PARA Raza/Grupo Étnico: Utilice cualquiera de estos códigos que apliquen. Su cobertura no estará afectada si usted no responde. **(A)** Indio Americano/nativo de Alaska; **(B)** Negro; **(H)** Hispano/Latino; **(P)** Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico; **(S)** Asiático **(W)** Blanco

¿Tienen usted y/o su cónyuge otra cobertura de salud?		No	Sí, liste abajo.
Liste la(s) compañía(s) y proporcione copias de la(s) tarjeta(s):			

Ingresos no Ganados: Liste todas sus fuentes de ingresos y/o las de su cónyuge. Algunos ejemplos son:

- Seguro Social
- Beneficios de Veteranos
- Pensiones o Jubilación
- Ingreso por Renta, Ventas por Contrato o Pagaré
- Manutención o Pensión Alimentaria
- Regalías de Petróleo / Derechos Minerales
- Pagos de Rentas Vitalicias y/u Otras Inversiones

Liste todos los ingresos abajo.

Proporcione Comprobantes de Todos los Ingresos		Monto Previo a Deducciones	Con qué Frecuencia se Recibe
Nombre	Tipo y Fuente de Ingresos		

Ingresos por Salarios o Empleos por Cuenta Propia:

1. ¿Trabajan usted y/o su cónyuge? No Sí, complete lo siguiente:

Proporcione Comprobantes de Todos los Ingresos		Monto Previo a Deducciones	Con qué Frecuencia se Recibe
Nombre	Nombre y Domicilio del Empleador		

2. ¿Tiene gastos relacionados con su discapacidad que le ayudan conservar el empleo, como ser un transporte especial?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, liste los gastos y montos:
-----------------------------	---

Recursos: ¿ Tienen usted y/o su cónyuge algunos bienes y/o recursos?

<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí, liste abajo y <i>proporcione comprobantes.</i>			
Tipo	Saldo / Valor	¿Donde se Conserva el Bien? (Nombre del Banco, Compañía, etc.)	Propietario(s)	Número de Cuenta	Uso de la Agencia
Cuentas Bancarias	\$				
	\$				
Acciones y Bonos	\$				
	\$				
Planes de Funeral y/o Sepultura	\$				
	\$				
Fondos de Fideicomiso y/o Rentas Vitalicias	\$				
	\$				
Ventas por Contrato y/o Pagaré	\$				
	\$				
Otro	\$				

Vehículos	Año	Marca	Modelo	Propietario(s)
Automotores	Año	Marca	Modelo	Propietario(s)

Seguro de Vida – Proporcione copias de todas las pólizas.

Propietario de la Póliza	Compañía de Seguro	Número de la Póliza	Valor Nominal

¿Poseen usted y/o su cónyuge un hogar? No Sí, liste el valor _____

¿Poseen usted y/o su cónyuge alguna otra propiedad o bienes? No Sí, describa abajo:

Descripción de la Propiedad y/o Bienes	Dueño de la Propiedad/Bien	Valor

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y ACEPTACIÓN

- Entiendo que la divulgación de la información confidencial está limitada solamente a los fines de la administración del programa.
- Acepto que, luego de la aprobación para asistencia médica, todos los derechos a manutención anterior, actual o futura y cualquier derecho al pago de atención médica a nombre de cualquier persona aprobada sean asignados automáticamente al Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF, por sus siglas en inglés).
- Entiendo que, al firmar esta solicitud, estoy aceptando una investigación o revisión completa de mi elegibilidad. Esto puede incluir comparación computarizada u otras consultas al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social, empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras y otras organizaciones profesionales y agencias gubernamentales.
- Acepto proporcionar los documentos necesarios para establecer la elegibilidad. Si los documentos no están disponibles, acepto proporcionar el nombre de la persona u organización de la cual el Departamento para Niños y Familias de Kansas (DCF, por sus siglas en inglés) y el KDHE - DHCF pueden obtener el comprobante necesario.
- Entiendo que mi firma autoriza el uso de mi (nuestros) Número(s) de Seguro Social para administrar los programas que he(mos) solicitado.
- Entiendo que tengo la responsabilidad de utilizar e informar cualquier recurso de tercera parte que pudiera tener la obligación legal de pagar por cualquier o por todos mis gastos médicos. Por la presente autorizo que los pagos bajo la asistencia médica sean realizados directamente a los proveedores médicos para cualquier factura futura impaga por los servicios de salud suministrados mientras yo era elegible. Entiendo que el pago de un servicio especial puede ser retenido hasta que se tome una decisión de pago por parte de otro recurso.
- **Acepto notificar los cambios en ingresos, recursos (incluso los cambios en la propiedad), domicilio, arreglos de vivienda y otros cambios que pudieran afectar mi asistencia dentro de un lapso de diez (10) días.**
- Entiendo que mi solicitud será considerada sin tomar en cuenta raza, color, sexo, edad, discapacidades, religión, nacionalidad o preferencia política.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia acerca de mi caso y que podría estar representado por cualquier persona que yo elija.
- Certifico que yo o cualquier persona para quien estoy presentando la solicitud soy/es ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero en condición legal de inmigración.
- Entiendo las preguntas en esta solicitud y certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y completa a mi mejor saber y entender.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Mi firma en esta solicitud autoriza a mis empleadores, proveedores de atención médica, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar al Departamento para Niños y Familias de Kansas y al Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica cualquier información, incluso información confidencial, necesaria para establecer mi elegibilidad para la asistencia o para administrar cualquier programa para el cual yo haya realizado una solicitud. Esta divulgación es válida a partir de la fecha establecida más abajo y permanecerá válida hasta ser revocada por escrito por parte del abajo firmante. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

X

Firma del Solicitante, Tutor/Guardián
o Poder Notarial Permanente

Fecha

Firma de la Persona de Contacto o Representante
Médico

Fecha

Firma del Cónyuge del Solicitante

Fecha

Firma del Testigo
(si es Firmado con una marca)

Fecha

Firma del Testigo
(si es Firmado con una marca)

Fecha