

Dakota del Sur Solicitud Programa de Ahorro de Medicare

NOTA: Esta **NO** es una solicitud para el seguro total Medicaid, asistencia en dinero en efectivo o estampillas de alimentos. Si quiere solicitar los beneficios de estos programas, comuníquese con su oficina local de Servicios Sociales. Esta solicitud **PUEDE** ser usada por una sola persona o una pareja (usted mismo y su cónyuge).

1. INSTRUCCIONES:

<p>Lea la solicitud cuidadosamente y siga las instrucciones proporcionadas a lo largo del formulario.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responda cada pregunta completamente y con exactitud. Adjunte páginas adicionales si es necesario. 2. Si necesita ayuda para completar o entender este formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales en el condado donde usted vive. 3. Incluya copias de todos los documentos que disponga. No envíe documentos originales. 4. Firme y ponga fecha a este formulario de solicitud. 5. Envíe la solicitud a su oficina local de Servicios Sociales. 6. No se requiere una entrevista para estos programas. 	<p>SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA</p> <p>Caso No. _____</p> <p>Fecha de recepción _____</p>
---	--

2. INFORMACIÓN PERSONAL:

La información sobre raza, número de Seguro Social (SSN) y ciudadanía es opcional para personas que **NO** está solicitando asistencia.

Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial 2 ^{do} nombre)	Raza (puede marcar más de una) () Blanco () Indio americano () Negro () Hawaiano () Asiático	Origen étnico También marque aquí si es hispano ()
Fecha de nacimiento Sexo Estado civil	Si alguien más está completando este formulario, proporcione la siguiente información sobre la persona que está completando el formulario.	
Número de Seguro Social Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial 2 ^{do} nombre)	
Dirección	Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal	Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono Condado	Teléfono	
Centro de enfermería (si es aplicable)	Relación con la persona	

3. INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE: Complete esta información incluso si no está solicitando beneficios para su cónyuge.

Nombre del cónyuge	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Ciudadano de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número del Seguro Social (Opcional, si el cónyuge no está solicitando beneficios.)
--------------------	---------------------	------	------	--	---

Dirección del cónyuge si es diferente de la del solicitante:

¿También está solicitando ayuda de Medicare para su cónyuge? Sí No

4. INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES:

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento

5. ARREGLOS DE VIVIENDA: Marque sólo la casilla () que describe su situación de vivienda actual.

	En casa propia	Alquilada	En otra casa	Otro (ejemplo: alojamiento)
Usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Describa:
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Describa:

6. INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE:

Adjunte **copias** (frente y parte posterior) de la(s) tarjeta(s) de Medicare(s) si usted o su cónyuge tienen Medicare.

¿Usted tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de cobertura (Marque cada casilla que aplique) <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	Fecha de vigencia	Número de identificación de Medicare
¿Su cónyuge tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de cobertura (Marque cada casilla que aplique) <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	Fecha de vigencia	Número de identificación de Medicare

7. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:

¿Tiene usted otro seguro médico? Sí No
 ¿Su cónyuge tiene otro tipo de seguro médico? Sí No

Si usted o su cónyuge tienen otro tipo de seguro, complete la siguiente información.

	Nombre de la compañía de seguros y dirección de la compañía	Prima anual	Tipo de cobertura (Hospital, Medigap, Farmacia)	Fecha de vigencia	Número de póliza
Usted		\$			
Cónyuge		\$			

8. INGRESOS Y GANANCIAS:

Detalle todos los tipos de ganancias e ingresos que reciben usted, su cónyuge o sus dependientes. Detalle la suma de ingresos antes de las deducciones (tales como impuestos o seguros). Incluya documentos probatorios de todos los ingresos (talones de pago, carta de beneficios, etc.); **no envíe documentos originales**. Ejemplos de ingresos incluyen:

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| * Seguro Social | * SSI | * Salarios/Negocio independiente |
| * Beneficios de retiro del ferrocarril | * Beneficios de los veteranos | * Pagos de fideicomiso o anualidades |
| * Pensiones/Beneficios de jubilación | * Ingresos por rentas | * Regalías por derechos de petróleo/minerales |

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Tipo de ingresos	Empleador o fuente de ingresos	Suma	¿Con qué frecuencia los recibe?	Número de identificación (si es aplicable)

9. PROPIEDAD:

¿Usted o su cónyuge poseen parte o todo de alguna propiedad? Sí No

Si su respuesta es sí, complete la siguiente sección para cada propiedad de bienes raíces.

Dirección	Valor	Saldo a pagar

¿Usted o su cónyuge poseen un automóvil, camión, motocicleta, bote, remolque u otro vehículo? Sí No

Si su respuesta es sí, complete la siguiente información acerca de cada vehículo:

Propietario(s)	Año	Marca	Modelo	Valor	Saldo a pagar

10. RECURSOS:

Detalle todos los tipos de recursos (activos) de su propiedad o de su cónyuge. Incluye todas las cuentas o propiedades en las que aparezca su nombre o el de su cónyuge. Incluya documentos probatorios (tales como copias, no originales, de su estado de cuenta bancaria más reciente, fondos fiduciarios, etc.) de todos los recursos. Ejemplos de recursos:

- | | | |
|---------------------|--|----------------------|
| *Cuenta corriente | *Planes funerarios/arreglos para funerales | *Dinero en efectivo |
| *Cuenta de ahorros | *Parcela funeraria | *Caja de seguridad |
| *Bonos del gobierno | *Acciones y bonos | *Fondo de jubilación |
| *Fondos fiduciarios | *Certificados de depósitos | *Otros |

Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Tipo de recurso	Cuenta/ Número de póliza	Valor	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.

11. SEGURO DE VIDA:

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida? Sí No

Si su respuesta es sí, complete la siguiente información

Propietario de la póliza	Compañía de seguros Nombre y dirección	Número de póliza	Valor nominal	Valor en efectivo

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD:

Las leyes y regulaciones federales y estatales limitan el uso y la divulgación de información confidencial concerniente a los solicitantes y beneficiarios de todos los programas de la agencia para propósitos directamente relacionados a la administración de estos programas.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE PAGO PARA APOYO MÉDICO Y OTROS CUIDADOS MÉDICOS:

(Si usted está presentando la solicitud a nombre de otra persona y no tiene la capacidad de ejecutar una diligencia en nombre de esa persona, dicha persona deberá ejecutar la transferencia de los derechos descritos a continuación, como condición de su elegibilidad para los beneficios cubiertos por esta solicitud.) Como una condición de mi elegibilidad, yo transfiero al estado todos los derechos de apoyo médico y el pago por los cuidados médicos de cualquier tercera parte. Yo acuerdo cooperar con el estado para identificar y proporcionar información que ayude al estado en la ubicación de cualquier tercera parte que pueda ser responsable de pagar por los cuidados y servicios. Yo acepto que debo informar de cualquier pago recibido por atención médica dentro del plazo de diez días.

RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO Y DERECHO A EMBARGO POR ASISTENCIA MÉDICA:

De acuerdo con las leyes federales y estatales, el Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar fondos del patrimonio de los beneficiarios fallecidos, calificados como QMB (beneficiarios calificados para Medicare). Los co-pagos y deducibles de los QMB estarán sujetos a recuperación de patrimonio sólo si el beneficiario recibió alguno de los siguientes servicios: centro de enfermería, servicios basados en la comunidad y el hogar (si era mayor de 55 años), cuidados intermedios en instalaciones para retardados mentales (ICF/MR) y servicios hospitalarios (pacientes hospitalizados o ambulatorios). Esta recuperación es sólo por la suma de Medicaid gastada en los servicios anteriormente mencionados a nombre del beneficiario QMB. No hay recuperación por servicios recibidos de médicos o clínicos. El Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar la deuda de un beneficiario de asistencia médica de la herencia de un cónyuge sobreviviente. Si un cónyuge sobreviviente desea limitar la suma de la herencia del cónyuge sobreviviente, que estará sujeta a la recuperación de la suma pagada por asistencia médica a nombre del beneficiario, el cónyuge sobreviviente deberá presentar una petición dentro del plazo de seis meses del fallecimiento del beneficiario de la asistencia médica. La petición determinará la suma de la herencia del cónyuge sobreviviente de la cual se puede reclamar a nombre del solicitante la recuperación por los gastos de Medicaid por los servicios anteriormente mencionados. La petición debe ser presentada en el formulario del Departamento.

De acuerdo con las leyes federales y estatales, el Departamento de Servicios Sociales puede imponer la retención contra la propiedad real de un beneficiario que ha recibido un beneficio del Departamento de Servicios Sociales para los servicios de un centro de enfermería, servicios de cuidados intermedios para retardados mentales y otros servicios médicos institucionales. El Departamento de Servicios Sociales emitirá una notificación separada cuando el Departamento decida imponer una retención. La notificación indicará la suma de la retención y la propiedad real a la que se aplica la retención.

De acuerdo con la ley del estado, el Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar cualquier fondo del residente conservado o mantenido en un centro de enfermería o en cualquier otra institución si el residente estuvo recibiendo asistencia médica del Departamento al momento del fallecimiento.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DE ENTENDIMIENTO Y ACEPTACIÓN:

Yo entiendo que mediante mi firma en esta solicitud, estoy aceptando la revisión de mi elegibilidad de parte de los funcionarios estatales y/o federales. Esto puede incluir la investigación de empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras y otras instituciones comerciales y profesionales y la revisión de cualquier registro de la agencia. También acuerdo que mi solicitud autoriza a estas agencias a divulgar a esta agencia la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Yo acepto proporcionar los documentos necesarios para establecer mi elegibilidad. Si los documentos no están disponibles, yo acuerdo proporcionar el nombre de la persona u organización de la cual esta agencia puede obtener las pruebas necesarias.

Yo entiendo que cada persona que recibe asistencia debe proporcionar o pedir un número de Seguro Social. Yo autorizo el uso de mi (nuestro) número de Seguro Social para propósitos tales como identificación, revisión o auditoría de programas y verificación computarizada con otras agencias e instituciones tales como bancos, asociaciones de ahorro y préstamos, y otras agencias gubernamentales, incluyendo el Servicio de Rentas Internas, para verificar la elegibilidad para asistencia.

Yo entiendo que mi solicitud será considerada sin tomar en cuenta la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad de origen o creencia política. Yo entiendo que puedo solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia sobre mi caso y que puedo ser representado por cualquier persona que yo elija. Cualquier persona que sienta que sus derechos civiles han sido violados puede solicitar una audiencia imparcial. Usted también puede presentar una queja por discriminación por escrito al BOP/DSS, PMB 0141-2, Oficina de Personal, 500 East Capitol, Pierre, SD 57501-5070 o llamando al (605) 773-6941.

Yo certifico que yo (o si es presentado por mi cónyuge, mi cónyuge y yo) soy un ciudadano de los EE.UU., nacional o extranjero con situación de residente legal. Si esta solicitud es presentada a nombre de otra persona o personas, el/los solicitante(s) reales deberán hacer esta certificación.

EL/LOS SOLICITANTE(S) O REPRESENTANTE DEBEN LEER Y FIRMAR:

Las leyes estatales y federales establecen multa, prisión o ambas para cualquier persona que omita o de información falsa para obtener asistencia a la que no tenga derecho. Yo comprendo las preguntas de esta solicitud y certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada por mí es correcta y completa a mi leal saber y entender. Yo acepto notificar a esta agencia de cualquier cambio en mis ingresos, recursos o arreglos de vivienda que pudieran afectar mi derecho a recibir asistencia.

Firma del solicitante o representante	Fecha:
Firma del cónyuge del solicitante	Fecha: