

Solicitud para los Programas de Ahorros de Medicare



Use esta solicitud para ver para qué cobertura califica

- Medicaid puede ayudar a pagar las primas de Medicare, y los deducibles, copagos y coseguros en algunos casos. Estos beneficios generalmente se llaman Programas de Ahorros de Medicare.
- Hay cuatro tipos de Programas de Ahorros de Medicare
 - Beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB)
 - Beneficiarios especiales de Medicare de bajos ingresos (Special Low-Income Medicare Beneficiaries, SLMB)
 - Personas calificadas (Qualified Individuals, QI)
 - Personas trabajadoras discapacitadas calificadas (Qualified Disabled Working Individuals, QDWI)
- El programa QMB cubre tanto las primas como los deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Los programas SLMB, QI y QDWI solo cubren las primas de Medicare.



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Personas solteras que tienen derecho o reciben beneficios de Medicare.
- Personas casadas o parejas que tienen derecho a o reciben beneficios de Medicare.



Obtenga más información en línea

Puede obtener más información sobre la elegibilidad para los programas de Asistencia Médica en <https://dss.sd.gov/medicaid/Eligibility/default.aspx>



Lo que puede necesitar para enviar una solicitud

- Su número de Seguro Social (o número de documento si es un inmigrante elegible)
- Información de ingresos y del empleador (por ejemplo, de recibos de pago, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos)
- Información de recursos (por ejemplo, estados de cuenta bancarios, contratos de seguros y otros acuerdos contractuales)



¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos sobre sus ingresos y otra información para decirle para qué cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para pagarla.

Mantendremos toda la información que dé privada y segura, según lo exige la ley. Para ver nuestro Aviso de Prácticas de privacidad, visite dss.sd.gov/keyresources/hipaa/



¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la oficina local del DSS. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Daremos seguimiento con usted. Completar esta solicitud no significa que tenga que aceptar la cobertura médica.



Obtener ayuda con esta solicitud

- **En línea:** dss.sd.gov
- **Teléfono:** Llame a su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/
- **En persona:** Visite su oficina local dss.sd.gov/findyourlocaloffice/

Asistencia con el idioma

1. **Español (Spanish)**: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-305- 9673 (TTY: 711).
2. **Deutsch (German)** - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-305-9673 (TTY: 711).
3. **繁體中文 (Chinese)** - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-305-9673 (TTY: 711)
4. **ကဵု (Karen)** - နွံသုင်ဟံသး-နမ့ၢ်ကတိၤကညိၣ်အိၣ်အယိၣ်.နမ့ၢ်န့ၢ်ကိၣ်အတၢ်ဖၢၤဖၢၤလၢတလၢ်ဘျီၣ်လၢ်စ့ၢ်တံၤတၢ်သ့ၣ်န့ၢ်လီၤ.ကိ: 1-800-305-9673 (TTY: 711).
5. **Tiếng Việt (Vietnamese)** - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-305-9673 (TTY: 711).
6. **नेपाली (Nepali)** - ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू नि: शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-305-9673 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस्
7. **Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)** - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-305-9673 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
8. **አማርኛ (Amharic)** - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተሎው ቁጥር ይደውሉ 1-800-305-9673 (መስማት ለተሳናቸው: 711).
9. Sudanic **Adamawa (Fulfulde)** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-800-305-9673 (TTY: 711).
10. **Tagalog (Tagalog – Filipino)** - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-305-9673 (TTY: 711).
11. **한국어 (Korean)** - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-305-9673 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
12. **Русский (Russian)** - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800- 305-9673 (телетайп: 711).
13. **Cushite Oroomiffa (Oromo)** - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-305-9673 (TTY: 711).
14. Український (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви говорите українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 1-800-305-9643 (TTY: 711).
15. **Français (French)** - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800- 305-9673 (ATS : 711).

1. Información sobre usted y su cónyuge (si corresponde)			
PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SI NO TIENE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, ¿HA SOLICITADO UNO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿ES USTED UN VETERANO O ES CÓNYUGE DE UN VETERANO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE USTED UNA CONDICIÓN FÍSICA, MENTAL O EMOCIONAL QUE CAUSA LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES (COMO BAÑARSE, VESTIRSE, TAREAS DIARIAS, ETC.)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿ES USTED CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI RESPONDIÓ NO, ¿CUÁL ES SU ESTATUS MIGRATORIO?		
TIPO DE DOCUMENTO MIGRATORIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJERO	NÚMERO DE PASAPORTE	
FECHA EN LA QUE INGRESÓ A LOS EE. UU. (MM/DD/AAAA)	¿TIENE UN PATROCINADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE DEL PATROCINADOR	
RAZA (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> RAZA NEGRA O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTRO		¿HISPANO O LATINO? (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SI ES NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA, ¿HA RECIBIDO O ES ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE INDIAN HEALTH SERVICES (IHS), URBAN INDIAN HEALTH U OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA TRIBALES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿PLANEA PRESENTAR UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		SI RESPONDIÓ SÍ, ¿PLANEA PRESENTAR UNA DECLARACIÓN CONJUNTA CON SU CÓNYUGE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
MENCIONE A LAS PERSONAS QUE PLANEA RECLAMAR COMO DEPENDIENTES EN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.			

PRIMER NOMBRE DEL CÓNYUGE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DEL CÓNYUGE	FECHA DE NACIMIENTO
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SI NO TIENE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, ¿HA SOLICITADO UNO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿ES SU CÓNYUGE UN VETERANO O ES USTED EL CÓNYUGE DE UN VETERANO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SU CÓNYUGE UNA CONDICIÓN DE SALUD FÍSICA, MENTAL O EMOCIONAL QUE CAUSA LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES (COMO BAÑARSE, VESTIRSE, TAREAS DIARIAS, ETC.)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿ES USTED CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI RESPONDIÓ NO, ¿CUÁL ES SU ESTATUS MIGRATORIO?		
TIPO DE DOCUMENTO MIGRATORIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJERO	NÚMERO DE PASAPORTE	
FECHA EN LA QUE INGRESÓ A LOS EE. UU. (MM/DD/AAAA)	¿TIENE UN PATROCINADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE DEL PATROCINADOR	
RAZA (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> RAZA NEGRA O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTRO		¿HISPANO O LATINO? (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SI ES NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA, ¿HA RECIBIDO O ES ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE INDIAN HEALTH SERVICES (IHS), URBAN INDIAN HEALTH U OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA TRIBALES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

2. Dependientes

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE HIJOS U OTROS DEPENDIENTES QUE VIVEN CON USTED?

SÍ NO

NOMBRE DEL DEPENDIENTE		RELACIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAZA <input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> RAZA NEGRA O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTRO		

NOMBRE DEL DEPENDIENTE		RELACIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMALE	
¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAZA <input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> RAZA NEGRA O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> OTRO		

* Si tiene más de dos dependientes, incluya la misma información para cada uno en una hoja de papel separada.

3. Información de contacto

DIRECCIÓN RESIDENCIAL			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN RESIDENCIAL)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

4. Representante autorizado

¿QUIERE AUTORIZAR A UNA PERSONA PARA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO? SI RESPONDIÓ SÍ, COMPLETE ESTA SECCIÓN Y EL FORMULARIO EN LA SECCIÓN 17.

SÍ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, NOMBRE	RELACIÓN U ORGANIZACIÓN		
DIRECCIÓN POSTAL			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		

5. Fecha de inicio de la asistencia médica

¿PARA QUIÉN ESTÁ SOLICITANDO?

PARA MI CÓNYUGE

¿QUIERE AYUDA PARA PAGAR LAS PRIMAS O FACTURAS MÉDICAS DE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES?*

SÍ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, ¿PARA CUÁNTOS MESES NECESITA AYUDA?

UNO DOS TRES

*La asistencia no puede comenzar antes de la fecha en que tenga derecho a los beneficios de Medicare.

6. Información de Medicare

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE MEDICARE? SI RESPONDIÓ SÍ, COMPLETE ABAJO

SÍ NO

	USTED	CÓNYUGE
TIPO DE PLAN	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B <input type="checkbox"/> PARTE C <input type="checkbox"/> PARTE D	<input type="checkbox"/> PARTE A <input type="checkbox"/> PARTE B <input type="checkbox"/> PARTE C <input type="checkbox"/> PARTE D
NOMBRE DEL PLAN DE LA PARTE D (SI CORRESPONDE)		
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE		

7. Ingresos de fuentes distintas al empleo

¿USTED O SU CÓNYUGE RECIBEN DINERO DE FUENTES DISTINTAS AL EMPLEO?* ESTOS INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- SEGURO SOCIAL
- SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI)
- CUENTAS DE JUBILACIÓN
- FONDOS DE PENSIÓN
- MANUTENCIÓN DEL CÓNYUGE
- COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
- DESEMPLEO
- BENEFICIOS PARA VETERANOS
- INGRESOS POR ALQUILER
- ANUALIDADES
- FIDEICOMISOS
- REGALÍAS
- OTRAS FUENTES

SÍ NO

NOMBRE	TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

* Debe entregar verificación de cualquier ingreso mencionado arriba. Esto puede incluir cartas de aprobación, declaraciones de beneficios, contratos de alquiler, etc.

8. Ingresos por trabajo

¿USTED O SU CÓNYUGE RECIBEN INGRESOS DE UN TRABAJO?*

SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR

¿ESTE TRABAJO ES TEMPORAL?

SÍ NO

¿ESTE TRABAJO TERMINÓ?

SÍ NO

SI RESPONDIÓ SÍ, FECHA FINAL (MM/DD/AAAA)

CANTIDAD DE INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

* Debe entregar, con su solicitud, una copia de los recibos de pago que cubran el mes más reciente

9. Trabajo por cuenta propia

¿USTED O SU CÓNYUGE TRABAJA POR CUENTA PROPIA?*

SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA POR CUENTA PROPIA

NOMBRE DE LA EMPRESA

INGRESOS MENSUALES

GASTOS MENSUALES

* Debe entregar, con su solicitud, una copia de su declaración de impuestos más reciente

10. Vehículos

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE AUTOS, CAMIONES, BOTES U OTROS VEHÍCULOS RECREATIVOS?

SÍ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS	MARCA/MODELO	AÑO	VALOR	CANTIDAD ADEUDADA
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

SI ARRIBA MENCIONA MÁS DE UN VEHÍCULO, ¿CUÁL USA COMO MÉTODO PRINCIPAL DE TRANSPORTE?

11. Propiedad de la casa

¿ USTED O SU CÓNYUGE SON PROPIETARIOS DE CASA (INCLUYENDO UNA CASA MÓVIL)?

SÍ NO

NOMBRES DE LOS PROPIETARIOS

VALOR

CANTIDAD ADEUDADA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

12. Recursos

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGÚN RECURSO? EJEMPLOS DE RECURSOS INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

- DINERO EN EFECTIVO
- CUENTAS CORRIENTES/CUENTAS DE AHORRO (INCLUYENDO CUENTAS CONJUNTAS)
- CERTIFICADOS DE DEPÓSITO
- TARJETAS DE DIRECT EXPRESS/PLANILLA
- CAJAS DE SEGURIDAD
- CUENTAS DE JUBILACIÓN
- ACCIONES/BONOS/FONDOS MUTUOS
- TARJETAS DE DIRECT EXPRESS/PLANILLA
- BONOS DEL GOBIERNO
- ANUALIDADES
- PARCELAS DE ENTIERRO
- PLANES FUNERARIOS
- FIDEICOMISOS
- PROPIEDADES VITALICIAS
- DERECHOS DE PROPIEDAD
- OTRAS FUENTES

SÍ NO

TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CUENTA	VALOR	NOMBRE DEL BANCO, INSTITUCIÓN FINANCIERA, ETC.
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

* Debe entregar, con su solicitud, los estados de cuenta de los últimos tres (3) meses para cada una de las cuentas mencionadas

13. Seguro de vida

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE ALGUNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA?

 SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		NÚMERO DE PÓLIZA	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		NÚMERO DE PÓLIZA	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

14. Seguro médico privado

¿TIENEN USTED O SU CÓNYUGE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO O UN SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE?

 SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA		NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿CUÁNTO CUESTA LA PRIMA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA LA PRIMA? <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL	TIPO DE COBERTURA (MEDIGAP, RX, ETC.)	
¿RECIBE ESTE SEGURO MEDIANTE UN EMPLEADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		SI RESPONDIÓ SÍ, DÉ EL NOMBRE DEL EMPLEADOR	

15. Declaración de entendimiento

ASIGNACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA Y BENEFICIOS DEL SEGURO

LA SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA PAGADA POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES FUNCIONARÁ COMO UNA CESIÓN Y SUBROGACIÓN DE CUALQUIER DERECHO A ASISTENCIA MÉDICA, BENEFICIOS DEL SEGURO O AMBOS, QUE EL SOLICITANTE O BENEFICIARIO PUEDAN TENER. CUALQUIER DERECHO O CANTIDAD ASÍ ASIGNADO O SUBROGADO SE APLICARÁ CONTRA EL COSTO DE LA ATENCIÓN DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO.

REVELACIÓN DE ANUALIDADES Y ESTADO A SER NOMBRADO BENEFICIARIO REMANENTE

N.º DE LEY PÚBLICA 109-171, LEY DE REDUCCIÓN DEL DÉFICIT DE 2005, SECCIÓN 6012, EXIGE QUE LAS PERSONAS QUE SOLICITEN ASISTENCIA MÉDICA DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y LA PERSONA CUYA ELEGIBILIDAD SE ESTÉ REVISANDO PARA DETERMINAR SI SIGUE SIENDO ELEGIBLE PARA LA ASISTENCIA DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO REVELE LA DESCRIPCIÓN DE CUALQUIER INTERÉS QUE LA PERSONA O EL CÓNYUGE DE LA PERSONA TENGAN EN UNA ANUALIDAD O INSTRUMENTO ECONÓMICO SIMILAR. SI NO REVELA ESTA INFORMACIÓN, NO SERÁ ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA. ADEMÁS, UN BENEFICIARIO DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DEBE NOMBRAR AL DEPARTAMENTO COMO BENEFICIARIO PERMANENTE PREFERIDO DE CUALQUIER INTERÉS QUE LA PERSONA O EL CÓNYUGE DE LA PERSONA TENGA EN UNA ANUALIDAD O INSTRUMENTO ECONÓMICO SIMILAR COMPRADO Y TENIDO DESPUÉS DEL 7 DE FEBRERO DE 2006.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

LAS LEYES Y REGLAMENTOS FEDERALES Y ESTATALES LIMITAN USAR Y REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE LOS SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA ECONÓMICA Y MÉDICA A LOS FINES DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE ESOS PROGRAMAS. CUANDO ENVÍE UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA, SE LE PEDIRÁ QUE DÉ SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN) EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD. EL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO DE REGLAMENTOS FEDERALES, PARTE 435.910(A), EXIGE QUE SE DÉ UN SSN COMO CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID. EL DEPARTAMENTO USA SU NÚMERO EN SU PROCESAMIENTO INFORMÁTICO DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD, INVESTIGACIÓN DE FRAUDE DE BIENESTAR SOCIAL Y AUDITORÍAS. LOS SSN TAMBIÉN SE USAN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN DE INGRESOS MEDIANTE AGENCIAS COMO EL IRS, EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO (DEPARTMENT OF LABOR) Y LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL, ETC., PARA EVITAR QUE UNA PERSONA O FAMILIA RECIBA BENEFICIOS DUPLICADOS SEGÚN CUALQUIER PROGRAMA, PARA HACER QUE LOS CAMBIOS MASIVOS EN LOS BENEFICIOS SEAN MÁS FÁCILES DE IMPLEMENTAR Y PARA DETERMINAR LA EXACTITUD Y CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN DADA AL DEPARTAMENTO POR EL SOLICITANTE Y LOS BENEFICIARIOS DE LA ASISTENCIA.

VERIFICACIONES

LA INFORMACIÓN QUE DÉ PARA RESPONDER LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO Y LA INFORMACIÓN OBTENIDA POR EL DEPARTAMENTO PARA VERIFICAR SUS RESPUESTAS SE USARÁN PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD Y EL NIVEL DE BENEFICIOS. SUS BENEFICIOS PUEDEN CAMBIAR DE UN MES A OTRO, O SUSPENDERSE, SEGÚN ESTA INFORMACIÓN.

LOS REPRESENTANTES FEDERALES Y ESTATALES VERIFICARÁN LA INFORMACIÓN DADA EN ESTE FORMULARIO PARA DETERMINAR SI ES CORRECTA. UN REPRESENTANTE DEL DEPARTAMENTO PUEDE COMUNICARSE CON USTED O CON OTRAS PERSONAS PARA VERIFICAR SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA. LA INFORMACIÓN DADA TAMBIÉN SE VERIFICARÁ MEDIANTE COMPARACIÓN CRUZADA POR COMPUTADORA CON OTRAS AGENCIAS Y SECTORES PRIVADOS. CUANDO EL PERSONAL ESTATAL Y FEDERAL VERIFIQUE LA INFORMACIÓN DE ESTA SOLICITUD, SI LO QUE SE REPORTA ES INCORRECTO, SU CASO MÉDICO SE PUEDE DENEGAR O CANCELAR Y USTED PUEDE ESTAR SUJETO A UN PROCESO PENAL POR DAR INFORMACIÓN FALSA INTENCIONALMENTE.

PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO DE MEDICAID

SEGÚN LA LEY FEDERAL Y ESTATAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES ESTÁ AUTORIZADO A RECUPERAR LOS PATRIMONIOS DE LOS BENEFICIARIOS DE ASISTENCIA MÉDICA FALLECIDOS QUE FUERON INSTITUCIONALIZADOS PERMANENTEMENTE O QUE TENÍAN AL MENOS 55 AÑOS Y POR QUIENES EL DEPARTAMENTO HIZO UN PAGO POR LOS SERVICIOS DE UN CENTRO DE ENFERMERÍA, SERVICIOS DE CENTROS DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES, OTROS SERVICIOS INSTITUCIONALES MÉDICOS, SERVICIOS BASADOS EN LA CASA Y EN LA COMUNIDAD, SERVICIOS DE HOSPITAL Y SERVICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA. EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES ESTÁ AUTORIZADO A RECUPERAR LA DEUDA DE UN BENEFICIARIO DE ASISTENCIA MÉDICA DEL PATRIMONIO DE UN CÓNYUGE SOBREVIVIENTE. SI UN CÓNYUGE SOBREVIVIENTE QUIERE LIMITAR LA CANTIDAD DEL PATRIMONIO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE QUE SERÁ RESPONSABLE DE LA RECUPERACIÓN DE LA CANTIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA PAGADA EN BENEFICIO DEL BENEFICIARIO, EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DEBE PRESENTAR UNA PETICIÓN DENTRO DE LOS SEIS MESES SIGUIENTES A LA MUERTE DEL BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA MÉDICA. LA PETICIÓN DETERMINARÁ LA CANTIDAD DEL PATRIMONIO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE DE LA QUE SE PUEDE RECLAMAR LA RECUPERACIÓN DE MEDICAID GASTADA EN NOMBRE DEL BENEFICIARIO. LA PETICIÓN SE DEBE PRESENTAR EN EL FORMULARIO DEL DEPARTAMENTO.

SEGÚN LA LEY FEDERAL Y ESTATAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PUEDE IMPONER UN GRAVAMEN DE ASISTENCIA MÉDICA SOBRE LOS BIENES INMUEBLES PROPIEDAD DE UN BENEFICIARIO QUE HAYA RECIBIDO UN BENEFICIO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES POR LOS SERVICIOS DE UN CENTRO DE ENFERMERÍA, UN CENTRO DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES U OTRA INSTITUCIÓN MÉDICA. EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES EXPEDIRÁ UN AVISO POR SEPARADO CUANDO EL DEPARTAMENTO DECIDA IMPONER UN GRAVAMEN. EL AVISO DESCRIBIRÁ LA CANTIDAD DEL GRAVAMEN Y LOS BIENES INMUEBLES A LOS QUE SE ADJUNTARÁ EL GRAVAMEN. SEGÚN LA LEY ESTATAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES ESTÁ AUTORIZADO A RECUPERAR LOS FONDOS QUE EL RESIDENTE CONSERVE O TENGA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL U OTRO CENTRO SI EL RESIDENTE ESTABA RECIBIENDO ASISTENCIA MÉDICA DEL DEPARTAMENTO EN EL MOMENTO DE SU MUERTE. PUEDE ENCONTRAR LA INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO EN [HTTP://DSS.SD.GOV/KEYRESOURCES/BENEFITFRAUD/ESTATE.ASPX](http://DSS.SD.GOV/KEYRESOURCES/BENEFITFRAUD/ESTATE.ASPX)

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

COMO BENEFICIARIO DE ASISTENCIA ECONÓMICA FEDERAL Y COMO AGENCIA DEL GOBIERNO ESTATAL O LOCAL, EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES NO EXCLUYE, NIEGA BENEFICIOS NI DISCRIMINA DE OTRA MANERA A NINGUNA PERSONA POR RAZA, COLOR O PAÍS DE ORIGEN, NI POR DISCAPACIDAD O EDAD EN EL INGRESO O EL ACCESO A SUS PROGRAMAS, ACTIVIDADES O SERVICIOS, O EN EL TRATAMIENTO O EL EMPLEO EN SUS PROGRAMAS, YA SEA QUE ESTÉN DIRIGIDOS DIRECTAMENTE POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES O MEDIANTE UN CONTRATISTA O CUALQUIER OTRA ENTIDAD CON LA QUE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES TENGA UN ARREGLO PARA DIRIGIR SUS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES; NI POR MOTIVOS REALES O PERCIBIDOS DE RAZA, COLOR, RELIGIÓN, PAÍS DE ORIGEN, SEXO, IDENTIDAD DE GÉNERO, ORIENTACIÓN SEXUAL O DISCAPACIDAD EN EL INGRESO O EL ACCESO A SUS PROGRAMAS, ACTIVIDADES O SERVICIOS, O EN EL TRATAMIENTO O EL EMPLEO EN ESTOS, CUANDO LOS DIRIJA DIRECTAMENTE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES O CUANDO LO HAGAN BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DE SUBVENCIONES CONCEDIDAS POR LA OFICINA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA DE ESTADOS UNIDOS.

EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PRESTA AYUDA Y SERVICIOS GRATUITOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES PARA COMUNICARSE DE MANERA EFECTIVA, COMO INTÉRPRETES DE LENGUA DE SEÑAS CALIFICADOS E INFORMACIÓN POR ESCRITO EN OTROS FORMATOS (POR EJEMPLO, LETRA GRANDE, AUDIO, FORMATOS ELECTRÓNICOS ACCESIBLES, OTROS FORMATOS) Y PRESTA SERVICIOS DE IDIOMAS GRATUITOS A LAS PERSONAS CUYO IDIOMA PRINCIPAL NO SEA EL INGLÉS COMO INTÉRPRETES CALIFICADOS E INFORMACIÓN POR ESCRITO EN OTROS IDIOMAS. SI NECESITA ESTOS SERVICIOS, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA LOCAL DEL DSS.

SI CREE QUE EL DSS NO LE PRESTÓ ESTOS SERVICIOS O LO DISCRIMINÓ DE ALGUNA OTRA MANERA POR RAZA, COLOR, PAÍS DE ORIGEN, EDAD, DISCAPACIDAD O SEXO, PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA O UNA QUEJA FORMAL POR DISCRIMINACIÓN A: DISCRIMINATION COORDINATOR, DIRECTOR OF DSS DIVISION OF LEGAL SERVICES, 700 GOVERNORS DRIVE, PIERRE, SD 57501. TELÉFONO: (605) 773-3305, FAX: (605) 773-7223, DSSINFO@STATE.SD.US. PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO O UNA QUEJA FORMAL POR DISCRIMINACIÓN PERSONALMENTE O POR CORREO, FAX O CORREO ELECTRÓNICO. SI NECESITA AYUDA PARA PRESENTAR UNA QUEJA O QUEJA FORMAL POR DISCRIMINACIÓN, EL COORDINADOR DE DISCRIMINACIÓN, DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS LEGALES DEL DSS, ESTÁ PARA AYUDARLO.

TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA DE DERECHOS CIVILES ANTE EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, OFICINA DE DERECHOS CIVILES, ELECTRÓNICAMENTE POR EL PORTAL DE QUEJAS DE LA OFICINA DE DERECHOS CIVILES, DISPONIBLE EN [HTTPS://OCR.Portal.HHS.GOV/OCR/Portal/Lobby.JSF](https://OCR.Portal.HHS.GOV/OCR/Portal/Lobby.JSF), O POR CORREO O TELÉFONO: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 200 INDEPENDENCE AVENUE, SW ROOM 509F, HHH BUILDING, WASHINGTON, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). LOS FORMULARIOS DE QUEJAS ESTÁN EN [HTTP://WWW.HHS.GOV/OCR/Office/File/Index.html](http://www.HHS.GOV/OCR/Office/File/Index.html).

ESTA DECLARACIÓN SE HACE SEGÚN LAS DISPOSICIONES DEL TÍTULO VI DE LA LEY DE DERECHOS CIVILES DE 1964, LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973, EL TÍTULO II DE LA LEY SOBRE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES DE 1990, LA LEY DE DISCRIMINACIÓN POR EDAD DE 1975, Y LAS REGLAMENTACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU. EMITIDAS SEGÚN ESTAS LEYES EN EL TÍTULO 45, PARTES 80, 84 Y 91 DEL CÓDIGO DE REGLAMENTOS FEDERALES (CFR), Y EL TÍTULO 28, PARTE 35 DEL CFR. LA LEY ÓMNIBUS PARA EL CONTROL DE LA DELINCUENCIA Y CALLES SEGURAS DE 1968, EL TÍTULO IX DE LAS ENMIENDAS DE EDUCACIÓN DE 1972, TRATO IGUALITARIO PARA RELIGIONES BASADAS EN LA FE EN EL TÍTULO 28, PARTE 38 DEL CFR, LA REAUTORIZACIÓN DE LA LEY CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES DE 2013, Y LA SECCIÓN 1557 DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO.

16. ¿Le gustaría registrarse para votar?

Enviar una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que reciba de esta agencia.

Si no está registrado para votar en el lugar donde vive en la actualidad, ¿le gustaría pedir que lo registren para votar aquí hoy?

Sí NO

Si no marca ninguna de las casillas, se interpretará que decidió NO registrarse para votar en este momento.

(No marcar ninguna de las casillas se considera un rechazo a registrarse para recibir ayuda para el registro, pero no se considera un rechazo por escrito para recibir una solicitud. Si no marca ninguna de las casillas, recibirá un formulario de registro para votantes que podrá completar cuando pueda).

Si se registra para votar, la información sobre la oficina en la que se presentó el formulario de registro de votantes será confidencial y se usará únicamente para el registro de votantes. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y se usará únicamente para el registro de votantes. Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de registro de votantes en privado.

Si cree que alguien interfirió en su derecho a registrarse o a rechazar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se registra, su derecho a presentar una solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política puede presentar una queja ante South Dakota Secretary of State, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537.

17. Autorización para revelar información

Yo, _____, autorizo a la División de Ayuda Económica (Division of Economic Assistance, EA) del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) para que revele mi información médica protegida a la siguiente persona/centro. Mi fecha de nacimiento es _____

Persona/centro y nombre de la persona del centro que recibirá la información: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Esta autorización es para el período desde: _____ hasta _____. Si se deja en blanco, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de ejecución.

Permito que DSS-EA revele únicamente la siguiente información marcada a la estrategia mencionada arriba: (marcar todos los que correspondan)

Copia de la solicitud/formulario de renovación con fecha: Meses _____ Años _____ Dirección en el expediente

Copia de avisos de DSS-EA del formulario de solicitud/renovación con fecha: Meses _____ Años _____

Copia del formulario de lista de verificación (EA-300) con fecha: Meses _____ Años _____

Objetivo de esta revelación:

Entiendo que, si esta información se revela a un tercero, puede ser revelada por la persona o entidad que la reciba y que ya no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales u otras reglamentaciones de privacidad aplicables.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que el personal ya haya tomado medidas al respecto, enviando un aviso por escrito al Department of Social Services, Division of Economic Assistance, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501.

Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización. Si la información solicitada es necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en los beneficios disponibles mediante el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur o para determinar si otro programa médico puede pagar mi atención médica, entiendo que, si elijo no autorizar la revelación y el uso de esta información, es posible que no pueda demostrar que califico.

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Dirección de la persona que firma

Ciudad/Estado/Código postal

Teléfono

Si firma otra persona que no sea el solicitante/beneficiario, indique la relación (marque la casilla correspondiente)

Cónyuge

Padre/madre (si es para un menor de 18 años)

Poder notarial

Tutor

18. Firmar y autorizar la solicitud (exigido)

ENTIENDO QUE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA QUE PUEDA HACER Y CUALQUIER FALLA DE MI PARTE PARA INFORMAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CIRCUNSTANCIAS QUE PUDIERA AFECTAR MI ELEGIBILIDAD PARA EL PAGO DE LOS PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE DAKOTA DEL SUR CONSTITUYE UN DELITO Y QUE PODRÍA SER PROCESADO SEGÚN LAS LEYES PENALES DE DAKOTA DEL SUR.

ACEPTO DAR LA INFORMACIÓN QUE PIDA EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES RESPECTO A CUALQUIER BIEN O PATRIMONIO QUE PUEDA ESTAR SUJETO A RECUPERACIÓN, RECUPERACIÓN DE BIENES O GRAVÁMENES DE ASISTENCIA MÉDICA POR EL ESTADO DE DAKOTA DEL SUR.

POR LA PRESENTE, AUTORIZO A CUALQUIER PERSONA, AGENCIA O INSTITUCIÓN A DAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES SOBRE MÍ O MI FAMILIA, Y PERMITO LA INSPECCIÓN Y REPRODUCCIÓN DE LOS REGISTROS EN SU POSESIÓN, SOBRE MÍ O MI FAMILIA, POR CUALQUIER REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO DEL DEPARTAMENTO. ADEMÁS, AUTORIZO AL DEPARTAMENTO A REVELAR DICHA INFORMACIÓN A PROVEEDORES O A AGENCIAS ESTATALES O FEDERALES QUE COOPERAN.

ESTA AUTORIZACIÓN SE DA SOLO EN RELACIÓN CON EL USO QUE EL DEPARTAMENTO LE DÉ EN LA ADMINISTRACIÓN DE SUS PROGRAMAS Y PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO. CONTINUARÁ EN VIGOR HASTA EL MOMENTO EN QUE DECLARE POR ESCRITO QUE YA NO ES VÁLIDA.

EXONERO A CUALQUIER PERSONA, AGENCIA O INSTITUCIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD ANTE MÍ O MI FAMILIA POR DAR DICHA INFORMACIÓN.

SOLICITANTE	CÓNYUGE
FIRMA	FIRMA
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
SI USTED ES PADRE/MADRE, TUTOR, REPRESENTANTE AUTORIZADO, ADMINISTRADOR DESIGNADO POR EL TRIBUNAL, ALBACEA O TIENE UN PODER NOTARIAL PARA ESTA PERSONA, FIRME ABAJO:	
FIRME AQUÍ (DEBE PRESENTAR PRUEBAS)	
FIRME AQUÍ SI ES UN TESTIGO (SOLO ES NECESARIO SI ALGUIEN ARRIBA FIRMÓ CON UNA "X" U OTRA MARCA)	
NOMBRE DEL TESTIGO EN LETRA DE MOLDE	