



MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
 FAMILY SUPPORT DIVISION
**SOLICITUD DE MEDICARE SAVINGS PARA
 QUALIFIED BENEFICIARIES O
 SPECIFIED LOW-INCOME BENEFICIARIES**

SOLO PARA USO INTERNO	
DATE RECEIVED	
DCN #1	DCN #2

NOTA: Esta **NO** es una solicitud de asistencia Médica o de Cupones para Alimentos. *Si desea solicitar dichos programas, ingrese a <http://dss.mo.gov/> y seleccione How do I Find Medical Care o Access Food Stamps; llame gratis al FSD Information Center al 1-855-FSD-INFO (1-855-373-4636); o comuníquese con una oficina de la Family Support Division para pedir una solicitud.*

SOLICITO/SOLICITAMOS el pago de primas de Medicare.

INSTRUCCIONES: Lea la solicitud detenidamente; responda todas las preguntas de forma precisa y en su totalidad. Anexe páginas adicionales de ser necesario. Si no puede llenar esta solicitud, busque ayuda de un amigo, pariente u otra persona. Coloque su firma y la fecha en la solicitud y envíela por correo, fax o entréguela en Family Support Division. Si tiene preguntas comuníquese gratis al FSD Information Center, al 1-855-FSD-INFO (1-855-373-4636). FAX 573-751-3091, Envíe por correo postal a: DSS/FSD PO Box 2320, Jefferson City MO 65102-2320

NOMBRE DEL SOLICITANTE (NOMBRES, APELLIDOS)		
DIRECCIÓN (NO. CASA, CALLE O RUTA RURAL, APARTADO POSTAL,)		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO PARA MENSAJES

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE USTED Y DE SU CÓNYUGE (EN CASO CORRESPONDIENTE)

NOMBRE (NOMBRES, APELLIDOS) (NOMBRE DE SOLTERA)	HISPANO S/N	RAZA*/ SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	¿TIENE MEDICARE? S/N

*1. BLANCO/CAUCÁSICO 2. NEGRO, AFROAMERICANO 3. YA NO SE EMPLEA 4. NATIVO AMERICANO O DE ALASKA 4. ASIÁTICO 5. NATIVO HAWAIANO O DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

¿Todos los solicitantes son ciudadanos de EE. UU.? SÍ NO Si respondió 'No', proporcione la siguiente información de los solicitantes indicados arriba que no sean ciudadanos de EE. UU.: nombre, estatus migratorio, número de registro y fecha de ingreso:

Soy/Somos residentes de Missouri y pretendo/pretendemos permanecer aquí. SÍ NO

¿También está solicitando Medicare Savings para su cónyuge? SÍ NO

Tengo/Tenemos otro seguro de salud. SÍ NO Si respondió 'Sí', proporcione la siguiente información:

PERSONA ASEGURADA	ADEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	TIPO DE COBERTURA

¿Tiene empleo ahora? SÍ No Si respondió 'Sí', nombre del empleador: _____
 Monto que le pagan (antes de deducciones) \$ _____ A la semana Cada 15 días 2 veces al mes Al mes

¿Su cónyuge tiene empleo? SÍ No Si respondió 'Sí', nombre del empleador: _____
 Monto que le pagan (antes de deducciones) \$ _____ A la semana Cada 15 días 2 veces al mes Al mes

¿Alguien en su hogar es dueño de un negocio o tiene algún tipo de autoempleo? SÍ NO
 Si respondió 'Sí', describa el tipo de autoempleo (niñera, agricultura, etc.) y el monto obtenido: _____

Recibo/Recibimos otro ingreso de las siguientes fuentes. Marque (✓) todo lo que corresponda.

	QUIÉN RECIBE	NÚMERO DE SOLICITUD	MONTO POR MES
<input type="checkbox"/> Social Security			
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income			
<input type="checkbox"/> Fideicomisos y anualidades			
<input type="checkbox"/> Pensiones, jubilación e incapacidad			
<input type="checkbox"/> Intereses o dividendos			
<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos			
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo			
<input type="checkbox"/> Ayuda de amigos o familiares			
<input type="checkbox"/> Otro (explique de dónde proviene el dinero e indique el monto)			

Indique todo el dinero en efectivo y los valores que usted o su cónyuge poseen. Incluya todas las cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, anualidades, efectivo disponible, acciones, bonos u otras inversiones, pagarés o hipotecas que se le adeuden, bienes en cajas de seguridad o cualquier otro recurso.

DINERO EN EFECTIVO Y VALORES	A NOMBRE DE QUIÉN	NÚMERO DE CUENTA	UBICACIÓN	VALOR
<input type="checkbox"/> Otro (explique)				

Indique todos los bienes personales que usted o su cónyuge poseen. Incluya lotes funerarios, equipos comerciales o agrícolas, joyas (que no sean anillos de boda y compromiso, relojes o bisutería), reclamos de propiedades en tribunal de sucesiones u otros activos.

BIEN PERSONAL	UBICACIÓN	VALOR	DEUDA
<input type="checkbox"/> Otro (explique)			

VEHÍCULOS: Carros, camiones, vans, motocicletas, vehículos recreativos y otros vehículos que usted o su cónyuge poseen.

MARCA/MODELO	AÑO	PROPIETARIO	VALOR	DEUDA	¿CÓMO SE USA?

Poseo/Poseemos o estoy/estamos comprando bienes inmuebles. SÍ NO Si respondió 'SÍ', responda lo siguiente:

TIPO Y UBICACIÓN	¿QUIÉN ES EL TITULAR DE LA ESCRITURA?	VALOR ACTUAL	MONTO ADEUDADO	¿CÓMO SE USA? (CASA, ALQUILER, PARCELA, OTRO)

Poseo/Poseemos seguro de vida o planes funerarios. SÍ NO Si respondió 'SÍ', responda lo siguiente:

PERSONA ASEGURADA	TITULAR DE LA PÓLIZA	MARQUE (✓) EL TIPO DE VIDA FUNERARIO	ASEGURADORA	NÚMERO DE PÓLIZA	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO

LEA DETENIDAMENTE Y FIRME DEBAJO

Comprendo/Comprendemos que tengo/tenemos derecho a recibir un trato justo e igualitario independientemente de mi/nuestra edad, sexo, raza, color, discapacidad, religión, credo, nacionalidad de origen o convicciones políticas.

Comprendo/Comprendemos que si no estoy/estamos de acuerdo con la decisión sobre nuestra elegibilidad, puedo/podemos solicitar una audiencia imparcial comunicándonos con la Family Support office de la localidad. Dicha solicitud debe recibirse en un plazo de 90 días a partir de que se tome la decisión de elegibilidad.

Comprendo/Comprendemos que debo/debemos proporcionar los números de Seguro Social (SSN) de todas las personas que solicitan MOHealthNet. El SSN se usa para determinar la elegibilidad y verificar información (Sección 1137 de la Social Security Act).

Autorizo/Autorizamos al director de Family Support Division, o la persona a quien designe, que investigue y compruebe estas circunstancias y declaraciones.

Comprendo/Comprendemos que debo/debemos informar cualquier cambio en las circunstancias en un plazo de diez días a partir de que se susciten. Llame al 1-855-373-4636 para dar a conocer dichos cambios.

Comprendo/Comprendemos que es ilegal obtener o intentar obtener beneficios a los que no tengo/tenemos derecho. Si realizo afirmaciones o declaraciones falsas o si omito algún hecho relevante, parcialmente o en su totalidad, podría quedar sujeto a un juicio criminal y/o civil.

Comprendo/Comprendemos que debo/debemos proporcionar información integral sobre cualquier beneficio de seguro médico o de accidentes que esté disponible para cualquier miembro del hogar y debo/debemos dar a conocer, en un plazo de 30 días, cualquier accidente por el que se reciba atención médica.

Por este medio, autorizo/autorizamos que cualquier proveedor de beneficios médicos que me/nos facilite servicios o productos en virtud de MO HealthNet, dé a conocer al Department of Social Services y sus representantes, todos los registros relacionados con dichos servicios o productos.

Comprendo/Comprendemos que al solicitar y aceptar MO HealthNet, se asignan los derechos al Department of Social Services, MO HealthNet Division, para realizar el pago de la atención médica por parte de un tercero.

Siempre y cuando cumpla/cumplamos con los requisitos para recibir asistencia, deseo/deseamos que los pagos que sean efectuados por MO HealthNet Division y/o el programa de seguro médico Title XVIII, se hagan directamente a los médicos y proveedores de servicios médicos a través de las facturas que deban pagarse por dichos servicios médicos u otros servicios de salud que me/nos proporcionen y que estén incluidos en la cobertura mientras tenga/tengamos derecho a recibir MO HealthNet.

Mi firma a continuación certifica, bajo pena de perjurio, que todos los testimonios contenidos en este informe de elegibilidad son verdaderos, correctos y precisos.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA
-----------------------	-------	-------------------	-------