

Medicare Savings Programs Additional Information Request **(Solicitud de Información Adicional para los Programas de Ahorro de Medicare)**

Estimado/a:

Fecha:

La Administración de Seguridad Social (*Social Security Administration, SSA*) le envió información de su “*Application for Extra Help with Medicare Prescription Drug Plan Costs*” (Solicitud de ayuda extra para los costos del plan para medicamentos bajo receta de Medicare) al Iowa Department of Human Services (DHS). En dicha solicitud usted indicó que deseaba inscribirse para los Programas de Ahorro de Medicare (*Medicare Savings Programs, MSP*). El programa *Medicare Savings Program* brinda asistencia para pagar las primas, los copagos y los deducibles de las personas que califican.

La información que le facilitó a SSA ha sido registrada en el formulario adjunto. Por favor, responda el resto de las preguntas en el formulario, proporcione la información solicitada y envíe documentación como comprobante. Envíe fotocopias y NO los documentos originales como comprobantes.

Envíe el formulario completado en el sobre adjunto con franqueo pago al siguiente domicilio:

Tenga en cuenta que su solicitud de MSP será rechazada si no recibimos el formulario antes del

¿¿Preguntas?? Si necesita ayuda para llenar este formulario, llame a su oficina local de DHS.

Otra alternativa, si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de información adicional para *Medicare Savings Program*, es llamar al programa SHIIP (*Senior Health Insurance Information Program*) al 800-351-4664. SHIIP es un servicio del estado de Iowa que brinda ayuda para resolver problemas o dudas sobre Medicare y seguro médico. Los servicios de SHIIP son gratuitos y confidenciales.

Department of Human Services realizará la determinación de su elegibilidad para el programa Medicare Savings Program.

Conserve las páginas de portada y la Parte E como referencia.

¿Qué debo hacer para conseguir ayuda?

Paso 1. Complete esta solicitud de información adicional.

Responda todas las preguntas que pueda. Si necesita ayuda para llenar el formulario, por favor pregunte. **Complete el formulario y devuélvalo antes de la fecha que figura en la portada de esta carta.**

Verifique que su información personal enviada por SSA al Departamento sea correcta. Si la información es incorrecta, por favor corríjala.

Paso 2. Devuélvanos el formulario.

Puede traerlo o enviarlo por correo o por fax a la oficina local de DHS. **El tiempo que DHS tiene para gestionar su solicitud comienza en la fecha en que recibamos el formulario.**

Paso 3. Cuando devuelva el formulario, es posible que le pidamos comprobantes de:

- el dinero que recibió en los últimos 30 días. Los comprobantes pueden ser recibos de sueldo, registros de trabajo por cuenta propia o cartas aprobando asignaciones.
- de cuentas bancarias, cuentas de fideicomisos, acciones o bonos, etc.

Podría tener que presentar otros comprobantes. Si no puede conseguir los comprobantes de inmediato, se le dará tiempo para que consiga la información. Si necesita ayuda, pídale a DHS que le ayude a conseguir la información.

¿Qué significan nuestros términos?

Utilizamos los siguientes términos en este formulario. Esto es lo que significan:

Elegible	Que cumple con todos los requisitos del programa.
Expanded-Specified Low-Income Medicare Beneficiary (E-SLMB)	(Beneficiario de Medicare con bajos ingresos específicos expandidos) Un Programa de Ahorro de Medicare que le ayuda a pagar su prima de Medicare Parte B.
Grupo familiar	Un grupo de personas que viven juntas.
Medicaid	Un programa administrado a nivel estatal que provee cobertura médica y hospitalización para personas con ingresos bajos y recursos escasos o nulos.
Medicare	Un programa nacional de seguro médico para personas mayores de 65 años o personas más jóvenes con determinadas discapacidades.
Qualified Disabled and Working Persons (QDWP)	(Discapacitados y trabajadores calificados) Un Programa de Ahorro de Medicare que le ayuda a pagar su prima de Medicare Parte A.
Qualified Medicare Beneficiary (QMB)	(Beneficiario calificado de Medicare) Un Programa de Ahorro de Medicare que le ayuda a pagar sus primas, copagos y deducibles de Medicare Parte A y Parte B.
Control de calidad	Una unidad de DHS que podría revisar su caso para ver si está recibiendo la asistencia correcta.
Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)	(Beneficiario de Medicare con bajos ingresos específicos) Un Programa de Ahorro de Medicare que le ayuda a pagar su prima de Medicare Parte B.

Medicare Savings Programs Additional Information Request

Cuéntenos sobre usted	Parte A
------------------------------	----------------

Si la información que está impresa no es correcta, por favor corríjala y después responda las preguntas que no están completadas.

Nombre:	Nº del Caso:
Fecha de nacimiento:	Nº del Asistente:
Teléfono:	Condado:
Dirección postal:	Teléfono de DHS:

Fecha de la solicitud para MSP:

DHS recibió la solicitud para MSP el:

Domicilio donde usted vive (si no es el mismo que la dirección postal de arriba)			Dpto. N°
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono donde podemos comunicarnos con Ud. (si no es el mismo que indicó arriba)			

Cuéntenos más sobre usted	Parte A
----------------------------------	----------------

Si la información que está impresa no es correcta, por favor corríjala y después responda las preguntas que no están completadas.

¿Solicitante?	Apellido	Primer nombre	Fecha de Nacimiento	Nº de Social Security
Sí				
Parentesco con usted	Origen étnico (Opcional)	Raza (Opcional)	¿Ciudadano de Estado Unidos?	¿Recibe beneficios en otro estado?
Usted mismo	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, ¿cuál es su situación migratoria? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En qué estado? _____

Cuéntenos sobre las personas de su hogar

Parte B

Si la información que está impresa no es correcta, por favor corríjala y después responda las preguntas que no están completadas.

¿Solicitante?	Apellido	Primer nombre	Fecha de Nacimiento	Nº de Social Security
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Parentesco con usted	Origen étnico (Opcional)	Raza (Opcional)	¿Ciudadano de Estado Unidos?	¿Recibe beneficios en otro estado?
<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, ¿cuál es su situación inmigratoria? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En qué estado? _____

¿Solicitante?	Apellido	Primer nombre	Fecha de Nacimiento	Nº de Social Security
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Parentesco con usted	Origen étnico (Opcional)	Raza (Opcional)	¿Ciudadano de Estado Unidos?	¿Recibe beneficios en otro estado?
<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, ¿cuál es su situación inmigratoria? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En qué estado? _____

¿Usted o alguien en su hogar recibió atención médica durante los últimos tres meses? Sí No

Si respondió "sí", ¿quién? _____

¿En qué meses? _____

¿Alguien tiene otro seguro médico aparte de Medicare? Sí No

Si respondió "sí", ¿quién tiene cobertura? _____

¿Compañía del seguro médico? _____

Si la información que está impresa no es correcta, por favor corríjala y después responda las preguntas que no están completadas.

Infórmenos sobre todo el dinero que reciben las personas de su grupo familiar. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no hay dinero de ese tipo. Escriba en otra hoja si es necesario.

Ingresos no laborales	Nombre de la persona que recibe este ingreso	Monto por mes
Social Security o SSI		
Beneficios Ferroviarios		
Beneficios para Veteranos		
Jubilaciones o Planes de Retiro		
Intereses o Dividendos		
Desempleo o Worker's Compensation		
Manutención o pensión alimentaria		
Dinero proveniente de amigos o parientes		
Otros ingresos no laborales		

Ingresos laborales	Nombre de la persona que recibe este ingreso	Monto por mes
Dinero recibido en el trabajo – Usted		
Dinero recibido en el trabajo – Su esposo/a		
Empleo por cuenta propia o trabajo esporádico – Usted		
Empleo por cuenta propia o trabajo esporádico – Su esposo/a		
Propinas, Bonos, Comisiones		
Otros ingresos laborales		

Cuéntenos sobre sus recursos económicos (Activos)**Parte D**

Si la información que está impresa no es correcta, por favor corríjala y después responda las preguntas que no están completadas.

Infórmenos sobre todos los recursos que tienen las personas de su grupo familiar. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no hay recursos de ese tipo. Escriba en otra hoja si es necesario.

Indique todos los automóviles, camionetas, botes, casas rodantes, motocicletas y otros vehículos con o sin licencia que tengan o vayan a comprar:

Año	Marca	Modelo	Valor o Precio	Importe adeudado

Recursos económicos (Activos)	Nombre de la persona que posee este recurso	Importe
Cuentas bancarias o cooperativas de crédito		
Acciones o bonos		
Dinero en efectivo		
Bienes inmuebles (que no sea la propiedad donde vive)		
Anualidades		
Certificados de ahorro		
Keoghs u otros activos		

¿Alguien tiene un fideicomiso o una tutela testamentaria? Sí No

Si respondió "sí", ¿quién? _____

¿Alguien tiene un seguro de vida o beneficios por fallecimiento? Sí No

Si respondió "sí", ¿quién? _____

Indique la suma total de dinero que alguien tiene en:

Contrato funerario \$ _____ ¿Quién? _____

Tumbas \$ _____ ¿Quién? _____

¿Alguien espera recibir un pago por única vez, como por ejemplo, una herencia o la liquidación de un seguro, o alguien recibió uno en los últimos 3 meses? Sí No

Si respondió "sí", ¿quién? _____

Anexo de los formularios de solicitud y revisión para divulgación de información

Divulgación de información OPCIONAL

¡Ayúdenos a ayudarle!

No tiene obligación de firmar este formulario, pero el mismo nos ayudará a conseguir la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que pedirle que firme cada una de las solicitudes.

Debe saber que:

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede recibir asistencia.
- En caso de que necesitemos más información, recibirá una carta informándole lo que necesitamos y la fecha en que debe presentarla.
- Es su responsabilidad conseguir la información o pedirnos ayuda para conseguirla.
- Si no nos da la información o no pide ayuda antes de la fecha de entrega, su solicitud podrá ser denegada o su asistencia podrá ser cancelada.
- Podremos utilizar su autorización para divulgación para conseguir la información que necesitamos. **Pero aún así usted tendrá que presentar la información solicitada o pedirnos ayuda.**
- Podremos adjuntar una copia de esta autorización a cualquier formulario que les enviemos a otras personas u organizaciones (por ejemplo, su empleador) para conseguir información específica que necesitemos sobre usted o su grupo familiar.

Imprima y firme debajo para darnos permiso para conseguir la información necesaria.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (Release of Information)

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.
(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.
(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.
(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.
(This release is good for 12 months from the date signed.)

Su nombre (en imprenta legible)
(Your Name - please print clearly)

Nombre de otro adulto (en imprenta legible)
(Other Adult Name - please print clearly)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Firma o marca
(Signature or Mark)

Fecha
(Date)

Guarde esta página como referencia.

Tiene derecho a apelar

Parte E

Usted, o la persona que le esté ayudando, puede solicitar una audiencia de apelación si usted no está de acuerdo con la acción tomada en su caso. En el caso de MSP debe apelar por escrito. Para apelar por escrito haga una de las siguientes cosas:

- Complete la apelación por Internet en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta explicándonos por qué piensa que la decisión es incorrecta, o
- Complete el formulario “*Appeal and Request for Hearing*” (Apelación y solicitud de audiencia). Puede conseguirlo en la oficina DHS de su condado.

Envíe o lleve la apelación a Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina DHS de su condado.

Puede auto representarse o puede pedirle a un amigo, un pariente, un abogado u otra persona que lo represente.

Puede comunicarse con la oficina DHS de su condado para averiguar sobre servicios jurídicos. Es posible que deba pagar por dichos servicios jurídicos. Si lo hace, el pago se hará de acuerdo a sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al teléfono (800) 532-1275. Si vive en el Condado de Polk County, llame al (515) 243-1193.

No será discriminado

Parte E

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato igualitario con respecto a empleo y el ofrecimiento de servicios a todos los solicitantes, los empleados y los clientes sin tener en cuenta su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad sexual, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si cree que ha sido discriminado o acosado por DHS, puede enviar una carta de queja a:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114, o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

Cosas que debe saber

Parte E

Verificamos lo que nos informa

La información que nos entrega podrá ser verificada por funcionarios federales, estatales y locales para comprobar que la información es verdadera. Las cosas que podríamos verificar son: el número de Social Security, el empleo y el sueldo, el importe de las cuentas bancarias, el estado legal de extranjero y los montos recibidos de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo, de las personas nombradas. Si encontráramos que la información presentada no es correcta, su solicitud podría ser denegada.

Para hacer las verificaciones, utilizamos sistemas informáticos como el *State Income and Eligibility Verification System* (Sistema estatal de verificación del ingreso y la elegibilidad). Si la información que nos dio es diferente a la del sistema informático, verificaremos para averiguar cuál es correcta. Podríamos verificar su información comunicándonos con su empleador, su banco u otras personas. Para hacer esta clase de verificación con su empleador, su banco u otras personas, le preguntaremos a usted primero.

La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para conseguir comprobantes de su información. Al firmar esta solicitud, usted autoriza la divulgación de información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.

Deberá reintegrar todos los beneficios que reciba o que sean pagados por terceros a su nombre y para los cuales no era elegible.

La sección 1128B de la Ley de Social Security estipula sanciones a nivel federal por actos fraudulentos y la presentación de información falsa relacionada con estos programas.

Toda persona que obtenga, intente obtener o ayude a otra persona a obtener asistencia a la cual no tenga derecho, es culpable de violar las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los Capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.

Recibirá por correo la Com. 233. En la misma, se le informará sobre otros derechos y obligaciones que no hayan sido mencionados en esta solicitud.

En un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS sobre todos los cambios, como por ejemplo:

- Ingresos, inclusive pagos únicos, como por ejemplo manutención de menores adeudada, herencias o acuerdos por liquidación de deudas
- Recursos económicos o activos, entre los que se incluye recibir una herencia
- Alguien que se muda a su hogar o se va del mismo
- Su cobertura del seguro médico
- Usted presenta un reclamo al seguro o contrata a un abogado para que recupere el importe de las facturas pagadas por Medicaid
- Dirección postal o domicilio residencial

Si se aprueba su solicitud para QMB, usted renunciará a su derecho de recibir pagos de asistencia para servicios médicos mientras esté recibiendo los beneficios. El estado de Iowa conservará dichos pagos y los usará para ayudarle a pagar su cobertura médica.

Si resulta elegible para QMB, los pagos correspondientes a futuros servicios médicos impagos serán pagados directamente a los médicos y a los proveedores de servicios médicos bajo el Programa del Seguro Medicare (Medicare Parte B).

La recuperación de patrimonio no incluirá los pagos hechos por Medicaid debido al costo compartido de Medicare para los beneficios MSP.

Al devolver esta solicitud, usted autoriza a DHS a compartir:

- Su historia clínica y otros registros médicos con los funcionarios estatales y federales.
- Usted acepta ceder a la agencia Medicaid los pagos hechos por terceros para servicios médicos a su nombre y a nombre de otras personas que sean elegibles para Medicaid y para las cuales usted está legalmente autorizado a ceder beneficios. Además, usted acepta cooperar para conseguir pagos de terceros para servicios médicos.

Esta autorización finalizará cuando su Medicaid (Medicare Savings Programs) termine.

Introduzca esta hoja, junto con
otros documentos, en el sobre
que se adjunta.

**El domicilio de la oficina de DHS debe
estar visible en la ventana del sobre.**

