W-1QMBS
(Rev. 10/09)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

Solicitud/Re-determinación para los Programas de Ahorros de Medicare (QMB, SLMB, ALMB)

¿Necesita usted una acomodación razonable o ayuda especial para llenar su solicitud/re-determinación debido a que tiene una incapacidad? ☐ Sí ☐ No Si usted marcó sí, por favor vea la página 3 acerca de cómo podemos ayudarle. Si usted necesita una acomodación razonable o ayuda especial, ¿qué tipo de ayuda necesita?

_____

Por favor ofrezca la siguiente información acerca de usted:

Su nombre: _____
Nombre Inicial Apellido

Su dirección: _____

Su dirección de correos (si es diferente): _____

Su número de teléfono: _____ Un número de mensaje: _____

Su estado civil: ☐ Nunca Casado(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

Esta solicitud es para ☐ Usted solamente ☐ Usted y su esposo(a)

El nombre de su esposo(a): _____
Nombre Inicial Apellido

	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo	¿Tiene usted Medicare? ¿Parte A? (marque uno)	¿Parte B? (marque uno)
Usted					☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Su Esposo(a)					☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

No está obligado de dar información sobre raza u origen étnico; sin embargo, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento con las leyes federales sobre derechos civiles. Si no desea dar esta información, esto no afectará de ninguna manera a la consideración de su aplicación. Estamos autorizados de pedir esta información bajo el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964.

¿Es usted Hispano o Latino? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su raza de origen? (indique los que apliquen) ☐ Blanco ☐ Negro o Descendiente Africano

☐ Americano Nativo o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano o Otro Isleño del Pacifico

Por favor ofrezca información acerca de su ciudadanía:

	¿Es usted un ciudadano de los EE.UU.? (marque uno)	Si no, ¿cuál es su condición de no-ciudadano? (refugiado, residente permanente, etc.)	¿Cuál es su número de inscripción de extranjero?	¿Cuál es su país de origen?	¿Cuál es la fecha y lugar de llegada al país?	¿Cuál es el nombre de su patrocinador? (si es apropiado)
Usted	☐ Sí ☐ No					
Su Esposo(a)	☐ Sí ☐ No					

Por favor ofrezca información acerca de sus ingresos:

Por favor haga una lista de todos los ingresos que usted y su esposo(a) reciben. Por favor enumere las cantidades de ingresos antes de que se hagan las deducciones. Ejemplos de ingresos son los siguientes: Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), salarios, pensiones, beneficios de incapacidad, compensación del trabajador, compensación de desempleado, intereses, dividendos, ingresos de propiedad de arrendamiento, pensión alimenticia y manutención de menores.

Ingresos de usted			Ingresos de su esposo(a)		
Nombre y dirección del empleador, si tiene:			Nombre y dirección del empleador, si tiene:		
Nombre de la Compañía de la Pensión:			Nombre de la Compañía de la Pensión:		
¿Cuál es el origen del dinero que recibe?	¿Cuánto dinero recibe?	¿Con qué frecuencia lo recibe? (semanalmente, mensualmente o trimestralmente)	¿Cuál es el origen del dinero que recibe?	¿Cuánto dinero recibe?	¿Con qué frecuencia lo recibe? (semanalmente, mensualmente o trimestralmente)
Seguro Social	$		Seguro Social	$	
SSI	$		SSI	$	
Pensión	$		Pensión	$	
Salarios	$		Salarios	$	
Otro (describa):	$		Otro (describa):	$	
Otro (describa):	$		Otro (describa):	$	

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales para verificar cualquiera información relacionada con la condición de no-ciudadano de alguien con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). Entiendo que el departamento no compartirá la información que doy en este formulario con el USCIS. También entiendo que el USCIS no puede usar esta información para negar la admisión a los EE.UU., dañar la condición de residente permanente o para deportarme.

Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales para compartir mi nombre y otra información con programas que ayudan con el costo de la energía para mi hogar. Estos programas usarán esta información solamente para decidir si yo califico para estos beneficios y para ofrecerme los beneficios.

Certifico que toda declaración dada en este formulario es completa y verdadera de acuerdo a mis conocimientos. Si a sabiendas he dado una información incorrecta, puedo estar sujeto a las penalidades por falsas declaraciones como se especifica en las Secciones 53a-157b y 17b-97 del Estatuto General de Connecticut y a las penalidades por hurto como se especifica en las secciones 53a-122 y 53a-123. Puedo también estar sujeto a penalidades por perjurio bajo la ley federal.

Firma del Solicitante Fecha

Firma del Esposo(a) Fecha

Firma del que tiene la Custodia u otro representante Fecha

Esta información está disponible en diferentes formas. Teléfono (800) 842-1508 O TDD/TTY (800) 842-4524.

Si usted necesita una acomodación razonable o ayuda especial:

Si usted no puede hacer algo de lo que le pedimos que haga porque tiene una incapacidad, usted puede pedir una acomodación razonable o ayuda especial. Podemos usar diferentes métodos para completar su solicitud o re-determinación. Por ejemplo, podemos llenar su solicitud o re-determinación por teléfono si usted no puede venir a la oficina, podemos ayudarlo a obtener ciertas pruebas, o darle tiempo adicional para entregar la información. Póngase en contacto con su oficina regional local para solicitar una acomodación razonable o ayuda especial. Si no estamos de acuerdo en darle una acomodación razonable o ayuda especial, usted puede quejarse con el coordinador del Acto de Americanos con Incapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) del departamento. Vea al final de esta página cómo hacer una queja.

Importante información que usted debe saber acerca de su solicitud/re-determinación:

- Esta solicitud/re-determinación es una petición para pedir ayuda de los Programas de Ahorros de Medicare solamente.
- Toda la información dada en este formulario es confidencial y será usada solamente para administrar los programas excepto por algunas excepciones.
- Los números del Seguro Social de alguien que recibe o pide ayuda será usado para verificar la identidad y la elegibilidad. Los números del Seguro Social serán también comparados con los archivos del gobierno federal, estatal y local por computadora. Se le permite al departamento solicitar los números del Seguro Social basado en los siguientes estatutos: para Medicaid, 42 USC secciones 1320b-7(a)(1), (b)(2) y secciones 17b-77 de los Estatutos Generales de Connecticut.
- El departamento solicitará información por medio del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). La información será usada para procesar esta solicitud/re-determinación. La información será recibida de ciertas agencias Estatales y Federales cuando lo permita la ley. Podemos verificar directamente la información que recibimos con otras fuentes tales como bancos y empleadores. Los resultados de tal verificación puede afectar la elegibilidad.

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS, sigla en inglés), se le prohibe al Departamento de Servicios Sociales que discrimine a base de raza, color, origen nacional, género, edad, o impedimentos. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509-F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY).

Bajo la ley estatal usted tiene el derecho de registrar una querella discriminatoria si usted piensa que hemos tomado acciones contra usted por su raza, color, credo religioso, sexo, estado marital, edad, origen nacional, ancestría, expediente criminal, creencia política, orientación sexual, retardación mental, desorden mental, incapacidad de aprendizaje o incapacidad física, incluyendo pero no con límites a la ceguera. Usted o alguien que le representa a usted puede escribir o llamar a una o más de estas agencies para hacer una querella discriminatoria: Comisionado, Departamento de Servicios Sociales, Atención al Director de Acción Afirmativa/Coordinador de ADA **"Commissioner, Department of Social Services, Attention Affirmative Action Director/ADA Coordinator, 25 Sigourney St., Hartford, CT 06106-5033"**, o llame al 1-860-424-5040 (TDD: 1-800-842-4524); La Comisión de Connecticut para Derechos Humanos y Oportunidades **"Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities, 21 Grand St., Hartford, CT 06106"**, o llame al 1-860-541-3400 (TDD: 1-860-541-3459).