

Aplicación de ConnPACE

Envíela a la siguiente dirección: ConnPACE, P.O. Box 5011, Hartford, CT 06102-5011

Numero de teléfono de ConnPACE :

Numero Gratuito 1-800-423-5026 o Local/Fuera del Estado 860-269-2029

Esta aplicación es para: Un solicitante individuo (Tarifa requerida de \$45) Pareja de Matrimonio (Tarifa requerida de \$90)
Por favor complete todas las secciones de la aplicación y presente copias de la documentación solicitada y los honorarios

Sí, me gustaría recibir la aplicación y notificaciones del ConnPACE en Español solamente.

INFORMACION DEL APLICANTE

Si usted y su cónyuge aplican juntos por favor complete "SU" información y la del "CÓNYUGE"
¡POR FAVOR UTILICE LA TINTA NEGRA O AZUL SOLAMENTE! ¡IMPRIMA POR FAVOR LEGIBLE!

	Usted	Cónyuge (si es aplicable)
Nombre	_____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	_____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Dirección		
Ciudad/Estado y Código Postal	CT	
Teléfono y Correo electrónico	(____) _____ - _____ / Correo-Electrónico (si es aplicable) _____	
Numero de Seguro Social	_____/_____/_____	_____/_____/_____
Numero de Medicare HIC # (si es aplicable) Copia requerida	_____/_____/_____	_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento Prueba de edad requerida	_____/_____/_____ Mes / Día / Año	_____/_____/_____ Mes / Día / Año
Raza Seleccione- uno	<input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo del Pacifico de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo del Pacifico de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Americano
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero, Divorciado, Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado O Cónyuge vive en una casa de cuidado	<input type="checkbox"/> Soltero, Divorciado, Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado O Cónyuge vive en una casa de cuidado
Prueba de Residencia Requerida	Ha sido un residente de Connecticut durante los 6 meses pasados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi cónyuge ha sido un residente de Connecticut durante los 6 meses pasados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prueba de Desabilidad Requerida	¿Estoy recibiendo actualmente indemnizaciones por incapacidad bajo SSDI (Título II) o el programa de SSI (Título XVI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mi Cónyuge esta actualmente recibiendo indemnización por incapacidad bajo SSDI (Título II) o el programa de SSI (Título XVI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SEGURO DE INFORMACIÓN DE COBERTURA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICINAS DE MEDICARE

Por favor de contestar las siguientes preguntas:	Usted	Cónyuge (si es aplicable)
Usted o su cónyuge actualmente están recibiendo el seguro de MEDICAID(Título 19)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usted o su cónyuge actualmente reciben Reducción de gasto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usted o su cónyuge actualmente reciben beneficios de MEDICARE PARTE A ***	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usted o su cónyuge actualmente reciben beneficios de MEDICARE PARTE B ***	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta el departamento de Asistencia Social pagando la prima de Medicare Parte B de usted o su cónyuge?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
** Si usted o su cónyuge tienen Medicare Parte A de Asistencia médica y/o Parte B, usted debe inscribirse en Medicare Parte D de Prescripción de medicamentos antes de recibir los beneficios de ConnPACE		
¿Tienen usted o su cónyuge el plan de prescripciones de Medicare Parte D?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es NO , ¿le gustaría que ConnPACE seleccionara por usted el PDP de la Parte D de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es <u>SÍ</u>, por favor dé la siguiente información de abajo y envíe una copia de frente y de atrás de su tarjeta (s)		

Usted	Cónyuge (si es aplicable)
Prima mensual que usted paga: \$ _____	Prima mensual que usted paga: \$ _____
Nombre de la compañía PDP: _____	Nombre de la compañía PDP: _____
Numero de póliza PDP: _____ Del: _____ Hasta _____	Numero de póliza PDP: _____ Del: _____ Hasta: _____

¿Tiene usted o su cónyuge el seguro privado que paga por sus prescripciones? Si su respuesta es si, por favor proporcione la información y envíe una copia de su tarjeta (s) de seguros

Usted <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cónyuge (si es aplicable) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Compañía: _____	Compañía: _____
Número de póliza : _____ Del: _____ Hasta: _____	Número de póliza: _____ Del: _____ Hasta: _____

INFORMACION DE INGRESOS

Por favor use el total de ingresos del año pasado, a menos que los ingresos de este año sean más bajos. Por favor indique en una lista los ingresos anuales recibidos para el aplicante o su cónyuge (si es aplicable) y provea fotocopias de todas las fuentes de ingresos. Para parejas casadas, por favor indique una cantidad de seguro social para usted y su cónyuge. Si su cónyuge no recibe seguro social, indique cero.

	Usted	Cónyuge (si es aplicable)
Total de ingresos Ajustados (Declaración de impuestos Federal)	\$	\$
Seguro social (Menos la prima de la parte B), Ingresos Suplementales del Seguro o Retiro ferroviario	\$	\$
Pensiones, Ingresos de Retiro, Anualidades, o Beneficios de los Veteranos	\$	\$
Interés o Dividendos	\$	\$
Otros ingresos (Salarios, Ingresos de Alquiler Netos, No taxable, etc.)	\$	\$
INGRESOS ANUALES	\$	\$

INGRESOS BAJOS SUBSIDIARIOS – AYUDA ADICIONAL DE INFORMACIÓN

Al Completar esta sección le ayudará a determinar si usted califica para ayuda adicional con MEDICARE PARTE D. Por favor complete las declaraciones de abajo. Si usted no ha solicitado ayuda adicional, usted deberá contestar las preguntas de abajo. La Ayuda Suplementaria todavía puede estar disponible para usted si usted tiene familiares que dependen de usted o su cónyuge para proporcionar al menos el cincuenta por ciento de su ayuda económica. Para determinar sus ingresos, añada sus ahorros, inversiones, y bienes inmuebles. No incluya su casa primaria, vehículo, parcela de entierro o vienes privados. Por favor marque una caja en cada sección.(Vea sección 4 de instrucciones)

Si usted esta recibiendo beneficios del Medicare Savings Plan (MSP), usted ya estas recibiendo la Ayuda Suplementaria – Ayuda Extra con las cuentas del Medicare Parte D automáticamente. Si usted no esta recibiendo beneficios del MSP, por favor solicite la Ayuda Suplementaria Anual de la parte D con Medicare si sus ingresos y propiedades están debajo del límite de las cantidades indicadas en la sección 3.

	Usted	Cónyuge (si es aplicable)
INGRESOS INFORMACION (a partir de Enero 1)	Para personas Solteras, Divorciadas, Viuda(o), o aplicantes que estén aplicando separadamente Sus ingresos exceden los \$12,510 <input type="checkbox"/> Sí (Pare!) <input type="checkbox"/> No (continué con la preguntas A, B, y C)	Para personas casadas Ingresos combinados exceden los \$25,010 <input type="checkbox"/> Sí (Pare!) <input type="checkbox"/> No (continué con la preguntas A, B, y C)
A. Yo he aplicado para ayuda adicional:	<input type="checkbox"/> Sí (continué con la pregunta B) <input type="checkbox"/> No (continué con la pregunta C)	<input type="checkbox"/> Sí (continué con la pregunta B) <input type="checkbox"/> No (continué con la pregunta C)
B. Mi aplicación de ayuda adicional fue:	<input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Negada <input type="checkbox"/> Pendiente Por favor de mandar una copia de la carta de SSA	<input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Negada <input type="checkbox"/> Pendiente Por favor de mandar una copia de la carta de SSA
C. Si la respuesta es NO, por favor, póngase en contacto con el Administración de la Seguro Social:	Teléfono: 1-800-772-1213 Teléfono (TTY): 1-800-325-0778 Sitio Web: www.ssa.gov	Teléfono: 1-800-772-1213 Teléfono (TTY): 1-800-325-0778 Sitio Web: www.ssa.gov

CERTIFICACION Y AUTORIZACION

Yo Certifico que la información en esta forma es verdadera, exacta, y completa. Entiendo que si proporcionó información falsa, fraudulenta, o mala, afronto cargos y penalidades conforme sean establecidos bajo la ley Estatal. Autorizó la Administración del Seguro Social, instituciones bancarias, compañías de seguros privadas, y otros para ser publica mi información necesaria para determinar mi elegibilidad de ConnPACE. Yo Autorizó al programa ConnPACE para diseminar la información sobre mi, de ser aplicable como sea necesario para recibir los servicios de ConnPACE y beneficios de prescripción de medicinas de Medicare y para la administración del programa de ConnPACE y como sea permitido por la ley Estatal. Yo autorizó a cualquier proveedor de asistencia médica para diseminar todos los archivos médicos referentes a las prescripciones cubiertas por ConnPACE para asegurar que los servicios pagados por ConnPACE eran apropiados. La diseminación de número del Seguro Social es requerida por el programa de ConnPACE bajo la autoridad concebida en el 42 U.S.C. sección 405.

Firma del Apicante/Marca _____ Fecha _____

Firma del Cónyuge/Marca _____ Fecha _____

Después de completar todas las secciones de esta aplicación por favor de firmar y poner la fecha

REPRESENTANTE AUTORIZADO/REPRESENTANTE LEGAL / INFORMACIÓN DE CONTACTO DE CONSERVADOR

Si el aplicante es incapaz de firmar por el mismo, por favor provea la prueba de relación como un Representante Autorizado, Representante Legal, Conservador

Nombre: _____ Relacion: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Teléfono: (____)____ - _____ FAX: (____)____ - _____ Coreo Electrónico: _____

FOR OFFICE USE ONLY		INCOME YEAR _____	CLERK # _____
SELF		SPOUSE (if applicable)	
SIGNATURE	TOWN CODE _____	SIGNATURE	TOWN CODE _____
AGE Y N		AGE Y N	
RES Y N	PDP	RES Y N	PDP
INC Y	TPL	INC Y	TPL
DIS Y N S		DIS Y N S	