



W-1QMBS
(Rev. 4/10)

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 4 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					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su Esposo(a)					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor dénos información acerca de su seguro médico:

Adjunte páginas separadas si fuera necesario.

Seguro para Usted	Seguro para su Esposo(a)
# de Demanda de Medicare _____	# de Demanda de Medicare _____
Otro Seguro, si existe	Otro Seguro, si existe
Nombre de la Compañía: _____	Nombre de la Compañía: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Teléfono de Servicio al Cliente: _____	Teléfono de Servicio al Cliente: _____
Número de Póliza: _____	Número de Póliza: _____
Número de Grupo: _____	Número de Grupo: _____
Por favor marque todos los servicios que están cubiertos:	Por favor marque todos los servicios que están cubiertos:
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Médico/Hospital/Cirugía	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Médico/Hospital/Cirugía
<input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión/Óptica <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión/Óptica <input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Cuidados de Largo Término	<input type="checkbox"/> Cuidados de Largo Término
Fecha de Comienzo de la Póliza: _____	Fecha de Comienzo de la Póliza: _____
Fecha de Terminación: _____	Fecha de Terminación: _____
Cantidad de Prima de la Póliza: _____ por _____	Cantidad de Prima de la Póliza: _____ por _____
Cuando usted comenzó a pagar esta prima: _____	Cuando usted comenzó a pagar esta prima: _____

El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite hacer preguntas sobre información de raza y origen étnico. Usted no tiene que dárnosla. La información nos ayuda a estar seguros de que cumplimos con la ley federal de derechos civiles. Si usted no desea darnos esta información, no afectará su solicitud.

¿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 Pacífico

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, entrant, 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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Su Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	\$	
Interés	\$		Interés		
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.

Doy permiso al Departamento de Servicios Sociales, a la Agencia de Medicaid de Connecticut, o a cualquier seguro, proveedor, o a cualquier otra entidad que me ofrece servicios a mí o a mi familia bajo el programa de Medicaid para que den información sobre mí o mi familia como sea necesario para la entrega de los servicios del programa de Medicaid y para la administración del programa de Medicaid, como es permitido por la ley federal o estatal.

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

Por favor asegúrese de leer la importante información que aparece en el reverso de este formulario.

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 prohíbe 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 querrela 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 agencias para hacer una querrela 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).