



State of Illinois

Departamento de Cuidados de Salud y Servicios Para Familias
Departamento de Servicios Humanos

PARA USO DE
LA AGENCIA
Date Received

Recycle any instruction pages sent
with this application.

Número del Caso

Solicitud por Correo Para Pagos de Primas, Deducibles y Cuotas del Medicare

Solicite Ahora. Escriba en letra de molde con tinta. Conteste todas las preguntas. Si desea, puede pedir que alguien le ayude a completar la solicitud. Si necesita más espacio para sus respuestas, use otra hoja de papel.

Nota: Esta **NO** es una solicitud para asistencia médica, económica, o estampillas de comida. Si quiere solicitar para estos programas, comuníquese con su oficina local del Centro de Recursos Para Familias y Comunidad y (Family Community Resource Center - FCRC) del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services - DHS), o vaya a nuestro sitio por Internet en www.dhs.state.il.us

Si está interesado en registrarse para votar, por favor vaya a www.elections.il.gov o llame gratis a la Línea de Ayuda del Departamento de Servicios Humanos al 1-800-843-6154 (TTY: 1-800-447-6404). Si necesita ayuda o si necesita servicios de traducción, por favor comuníquese con su FCRC.

No se requiere una entrevista en persona para estos programas.

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:
(Apellido, Nombre) _____

¿Vive en un asilo de ancianos o institución o centro de vivienda con apoyo? Sí No

Si contestó sí, escriba el nombre del centro o institución: _____

Calle Dirección
(Lugar de residencia) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Condado de _____ Teléfono _____

Dirección postal
(Si es diferente de la anterior) _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Sexo del solicitante
 Masculino Femenino

¿Qué idioma generalmente usa?
 Inglés Español Otro (Especifique) _____

Para obtener más información, llame gratis al 1-800-843-6154 o para personas que usan TTY 1-800-447-6404.

Indique todas las personas que viven con usted. Incluya a su cónyuge o esposo(a) e hijos menores de 18 años.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco
1) _____	1) _____	1) _____
2) _____	2) _____	2) _____
3) _____	3) _____	3) _____

¿Es usted un ciudadano de EE.UU.?

Sí No

Si contestó no, escriba el número de registro de extranjería: _____

Envíe copia de su tarjeta de registro.

Sus respuestas a estas preguntas no afectarán nuestra decisión

¿Es usted hispano o latino?	¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio nativo americano o indio nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afro-americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otros _____

2. SEGURO DE SALUD Usted debe reportar todos los seguros de salud que tiene ahora.

Cobertura de Medicare (Envíe copia de la tarjeta Medicare con la solicitud.)

¿Tiene Medicare Parte A? Sí No

Si contestó sí, ¿cuándo comenzó su cobertura? _____

¿Tiene Medicare Parte B? Sí No

Si contestó sí, ¿cuándo comenzó su cobertura? _____

Número de Reclamación de Medicare: _____

Indique si tiene seguro de salud privado, seguro de salud de grupo, o un plan por medio de su empleador o patrono más reciente.

¿Tiene seguro médico? Sí No

Si contestó sí, indique el nombre del seguro.

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Número de la Póliza / Certificado: _____

Si el seguro es por medio del empleador / sindicato, indique empleador o sindicato.

Nombre: _____ Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Marque todos los siguientes beneficios:

Atención Médica Dental Vista Largo Plazo Recetas Médicas

Para obtener más información, llame gratis al 1-800-843-6154 o para personas que usan TTY 1-800-447-6404.

3. BIENES

Indique todos los bienes que tiene usted o su cónyuge poseen. No incluya la casa donde usted vive.

Dirección	Valor actual	Si lo está pagando, ¿cuánto debe?
1) _____	\$ _____	\$ _____
2) _____	\$ _____	\$ _____

Indique si usted o su esposo(a) tienen automóvil, camión, motocicleta, bote, remolque u otro vehículo.

Dueño (s)	Año	Marca / Modelo / Tipo	Valor actual	Si lo está pagando, ¿cuánto debe?
1) _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
2) _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____

Indique si usted o su esposo(a) pagan manutención de niños o pensión al esposo(a).

Nombre de la Persona	¿Cuánto paga usted?	¿Con qué frecuencia se paga?
1) _____	\$ _____	_____
2) _____	\$ _____	_____

¿Tiene usted o su esposo(a) alguno de los siguientes bienes? Marque todo lo que aplique. Sí No

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques | <input type="checkbox"/> Ahorros | <input type="checkbox"/> Fondos Mutuales | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> Depósitos Anualidad | <input type="checkbox"/> Funeral / Planes de Entierro | <input type="checkbox"/> Bonos del Gobierno | <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito |
| <input type="checkbox"/> Lotes de Entierro | <input type="checkbox"/> Cuentas en Asilo de Ancianos | <input type="checkbox"/> Cuenta de Mercado Monetario | <input type="checkbox"/> Acciones / Bonos |
| <input type="checkbox"/> Minerales / Derechos de Petróleo | <input type="checkbox"/> IRA | <input type="checkbox"/> Otro | Especifique, si es otro: _____ |

Dueño de la Cuenta	Tipo de Bienes	Número de Cuenta / Póliza	Valor	Nombre del Banco, Compañía, etc.
1) _____	1) _____	1) _____	\$ _____	1) _____
2) _____	2) _____	2) _____	\$ _____	2) _____
3) _____	3) _____	3) _____	\$ _____	3) _____
4) _____	4) _____	4) _____	\$ _____	4) _____

¿Tiene usted o su esposo(a) seguro de vida? Sí No

Dueño de la Póliza	Compañía de Seguros	Número de Póliza	Valor Actual	Valor Adquirido
1) _____	1) _____	1) _____	\$ _____	\$ _____
2) _____	2) _____	2) _____	\$ _____	\$ _____

Para obtener más información, llame gratis al 1-800-843-6154 o para personas que usan TTY 1-800-447-6404.

4. INGRESOS Y GANANCIAS

Indique todos los tipos de ganancias e ingresos que reciben usted o su esposo(a). Indique la cantidad de ingresos sin descontar deducciones (tales como impuestos o seguros). Ingresos incluye pero no se limita a:

Seguro Social	SSI	Salarios / Negocio Propio
Beneficios de Retiro Ferroviario	Beneficios de Veteranos	Fideicomiso o Pagos de Anualidades
Pensiones y Beneficios de Jubilación	Ingresos de Alquiler o Rentas	Regalías, Derechos Minerales / Petróleo

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Tipo de Ingreso	Empleador u Origen de Ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?	Número de Reclamo (si aplica)
1) _____	1) _____	1) _____	\$ _____	1) _____	1) _____
2) _____	2) _____	2) _____	\$ _____	2) _____	2) _____
3) _____	3) _____	3) _____	\$ _____	3) _____	3) _____

Si usted o su esposo(a) reciben dinero de empleo, conteste las siguientes preguntas, envíenos talones de pago recibidos durante el último mes. Usted puede obtener ciertas deducciones si nos informa. Estas deducciones pueden ayudarle a ser elegible. Si no nos proporciona esta información, tomaremos la decisión basado en la información que presentó.

¿Cuáles son las deducciones de sus ingresos ganados o de empleo?		¿Cuáles son las deducciones de los ingresos ganados o empleo de su esposo(a)?	
Impuesto Federal	\$ _____	Impuesto Federal	\$ _____
Impuestos del Estado	\$ _____	Impuestos del Estado	\$ _____
FICA	\$ _____	FICA	\$ _____
Medicare	\$ _____	Medicare	\$ _____
Jubilación	\$ _____	Jubilación	\$ _____
Cuota Sindicato / Gremio	\$ _____	Cuota Sindicato / Gremio	\$ _____
Seguro	\$ _____	Seguro	\$ _____

Para obtener más información, llame gratis al 1-800-843-6154 o para personas que usan TTY 1-800-447-6404.

Si usted o su esposo(a) reciben dinero de un empleo, negocio propio o trabajos por su cuenta, conteste las siguientes preguntas:

¿Compra o lleva el almuerzo al trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su esposo(a) compra o lleva el almuerzo al trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Compra usted uniformes o herramientas especiales para el trabajo? Si contestó sí, ¿cuánto gasta al mes? _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Compra su esposo(a) uniformes o herramientas especiales para el trabajo? Si contestó sí, ¿cuánto gasta al mes? \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Paga por cuidado de niños para poder trabajar? Si contestó sí, ¿cuánto gasta al mes? \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Paga su esposo(a) por cuidado de niños para poder trabajar? Si contestó sí, ¿cuánto gasta al mes? \$ _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿Cómo va y regresa al trabajo?	¿Cómo va y regresa su cónyuge al trabajo?
<input type="checkbox"/> Autobús Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Autobús Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____
<input type="checkbox"/> Taxi Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Taxi Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____
<input type="checkbox"/> Tren Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Tren Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____
<input type="checkbox"/> Automóvil Millas por Semana: _____	<input type="checkbox"/> Automóvil Millas por Semana: _____
<input type="checkbox"/> Otro (Describa): _____ Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Otro (Describa): _____ Cantidad Que Paga \$ _____ Frecuencia de pago: _____

Para obtener más información, llame gratis al 1-800-843-6154 o para personas que usan TTY 1-800-447-6404.

Lea y Firme

Mantendremos lo que usted nos dice privado como lo requiere la ley.

Si pagamos cuentas médicas por usted, usted entrega su derecho de cobrar pagos de manutención médica al Estado de Illinois. Usted está de acuerdo que el estado puede buscar reembolso por los servicios que el estado cubrió por usted, si esos servicios deben haber sido pagados por cualquier otro seguro de salud que usted tenga.

Usted está de acuerdo que el estado puede revelar información acerca de los servicios médicos que usted ha recibido por medio de cualquier programa pagado por la asistencia médica para cualquier propósito autorizado por la ley.

Asegúrese contestar las preguntas correctamente. Podemos verificar toda la información en este formulario. Usted nos debe ayudar si pedimos que se compruebe que su información es correcta.

Usted debe informarle a su trabajador(a) dentro de 10 días si ocurre alguno de lo siguiente.

- Si sus ingresos o bienes cambian.
- Si el número de personas de su familia que vive con usted cambia.
- Si se muda de su hogar en Illinois.
- Si se muda fuera de Illinois.

Cualquier persona que mal usa sus beneficios médicos puede estar cometiendo un delito.

Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que he provisto es la verdad, es correcta y completa de acuerdo lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si a sabiendas proveo información falsa puedo ser penalizado.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

(Si no puede firmar, haga una marca y que un testigo firme al lado de su marca.)

Si alguien completó esta solicitud por usted, la persona debe firmar y completar la siguiente información.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de molde) : _____ Parentesco con el solicitante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Núm. de Teléfono: _____

Lista de verificación final - Mantenga esta página para sus archivos.

- ✓ ¿Contestó todas las preguntas?
- ✓ ¿Firmó y fechó la solicitud?
- ✓ ¿Tiene copias de todos los comprobantes que le indicaron necesita?
- ✓ Envíe su solicitud junto con copias a la oficina local del Centro de Recursos Para Familias y Comunidad. Usted puede llamar al 1-800-843-6154 (TTY 1-800-447-6404) para encontrar la oficina más cercana a usted. La llamada es gratis.

Siguientes Pasos

- Si cambia alguna información después de enviar la solicitud, llame gratis al 1-800-843-6154 (TTY 1-800-447-6404).
- Revisaremos su solicitud tan pronto como sea posible.
- Si se encuentra que falta algo, le enviaremos una carta informándole lo que debe enviar.
- Por favor espere 45 días para que podamos tomar una decisión.

Si usted no está satisfecho con las acciones tomadas en esta solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia imparcial. Usted puede pedir una audiencia imparcial llamando gratis al 1-800-435-0774 (TTY: 1-877-734-7429) o escribiendo al Departamento a: 401 South Clinton, 6th Floor, Chicago, IL 60607. Utilice esta dirección sólo para pedir una audiencia imparcial. **NO ENVIE LA SOLICITUD A 401 SOUTH CLINTON.**

Los programas de beneficios médicos cumplen con todas las leyes estatales y federales y los reglamentos relativos a la igualdad de acceso sin distinción de sexo, raza, discapacidad, origen nacional, religión o edad. El estado de Illinois es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades y practica acción afirmativa. El Estado de Illinois provee acomodaciones razonables de acuerdo a la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y el Acta de Americanos con Discapacidades de 1990.

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con una o todas las siguientes oficinas:

Illinois Department of Human Services (DHS)
Bureau of Civil Affairs
401 South Clinton Street, 4th Floor
Chicago, Illinois 60607

Illinois Department of Healthcare
and Family Services (HFS)
EEO/AA Office
401 South Clinton Street, 7th Floor
Chicago, Illinois 60607

U.S. Department of Health and
Human Services (HHS)
Director, Office for Civil Rights
Room 506-F,
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Llame al
(202) 619-0403 (voz) o
(202) 619-3257 (TTY)

OTROS PROGRAMAS DE BENEFICIOS OFRECIDOS POR EL ESTADO DE ILLINOIS

Usted también puede calificar para estos programas:

- **Servicios basados en el Hogar y Comunidad** - Usted o los miembros de su familia también pueden calificar para uno de los programas de servicios de cuidados basados en el hogar y en la comunidad. Estos programas permiten que los individuos elegibles permanezcan en su hogar o vivan en la comunidad, en vez de colocación en una institución tal como: un hospital, asilo o institución intermedia de cuidado para personas con discapacidades del desarrollo. Para más información, vaya a www.hfs.illinois.gov/hcbswaivers/
- **Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)** ayuda a los hogares que califican a pagar por servicios de energía en invierno. La cantidad de beneficios depende de los ingresos, tamaño del hogar, tipo de combustible y la ubicación geográfica. Para más información, vaya a www.liheapillinois.com
- **Programa Cuidado de Niños del Departamento de Servicios Humanos de Illinois** provee acceso a cuidado de niños de calidad y a su alcance a las familias que trabajan y tienen bajos ingresos. Los padres pueden averiguar y enterarse sobre cuidado de niños en su comunidad y ver si califican para un subsidio comunicándose con su agencia local de Cuidado de Niños, Recursos y Referencias (Child Care Resource and Referral agency - CCR&R). Vaya a www.ilchildcare.org o para buscar su CCR&R local, llame al 1-800-649-1884. La llamada es gratis.

Hay otros programas médicos que sus amigos o vecinos pueden utilizar:

- **Cuidado Para Veteranos** ofrece acceso a cuidado de salud completo y al alcance a veteranos en todo Illinois. Los veteranos pagan una prima mensual a su alcance y reciben atención médica, dental y de la vista. Para información adicional, por favor vaya a www.illinoisveteranscare.com o llame al 1-877-4VETS-RX (TTY: 1-877-504-1012). La llamada es gratis.
- **Illinois Cares Rx** provee seguridad a personas de edad avanzada o ancianos y personas con discapacidades que viven en Illinois para no pagar más de su bolsillo bajo el plan de medicinas de Medicare. Para más información sobre el programa, vaya a www.illinoiscaresrx.com Llame a la Línea Directa de Beneficios Médicos al 1-800-226-0768 (TTY 1-866-675-8440). La llamada es gratis.
- **Illinois Rx Buying Club** provee descuentos promedio del 24% en muchas farmacias de Illinois. Para más información o para registrarse vaya a www.IllinoisRxBuyingClub.com o llame al 1-866-215-3462 (TTY 1-866-215-3479. La llamada es gratis.
- **Beneficios de Salud para Trabajadores con Discapacidades** es un programa de cuidado de salud completo para personas discapacitadas que trabajan. Las personas que trabajan y tienen entre 16 y 64 años de edad pueden ser elegibles. Para bajar una solicitud, vaya a www.hbwdillinois.com o llame al 1-800-226-0768 (TTY: 1-866-675-8440), o vaya a www.hbwdillinois.com .
- **Programa Cáncer del Seno y Cervical de Illinois (IBCCP)** provee exámenes para cáncer y tratamiento para mujeres elegibles entre las edades de 35 a 64 años (mujeres más jóvenes pueden ser elegibles en algunos casos). Para averiguar si califica vaya a www.cancerscreening.illinois.gov o llame a la Línea de Salud Para la Mujer al 1-888-522-1282 (TTY: 1-800-547-0466). La llamada es gratis.
- **Illinois Mujeres Saludables (IHW)** el programa provee planificación familiar y servicios relacionados para mujeres entre las edades de 19 a 44 años. Para saber si califica vaya a www.illinoishealthywomen.com o llame a la Línea de Directa de Beneficios de Salud al 1-800-226-0768 (TTY: 1-866-675-8440). La llamada es gratis.

Para obtener más información, llame gratis al 1-800-843-6154 o para personas que usan TTY 1-800-447-6404.