

▪ If you need help understanding this notice, please call (202)724-5506. We will explain it to you in your preferred language. You can also Fax us at (202) 535-1663.

▪ ይህንን ማሳሰቢያ ለመረዳት እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ እባኩን በ (202)724-5506 ይደውሉ በሚመርጡት ቅንቅ እናብራራሎቻሉን ። በተጨማሪም በ (202) 535-1663 ፋክስ ሊያደርጉልን ይችላሉ

▪ Si necesita ayuda para entender este aviso, por favor llamar al (202)724-5506. Le explicaremos en el idioma de su preferencia. También puede enviar un fax al (202) 535-1663.

▪ **Si vous avez des difficultés à comprendre cet avis, n’hésitez pas à appeler le (202)724-5506. Nous vous donnerons des explications dans votre langue préférée. Vous pouvez également nous atteindre par fax au (202) 535-1663.**

▪ □ □□□ □□□□ □ □□□ □□□□ □□, (202)724-5506□□□ □□□ □□□□. □ □□□□ □□□□ □□□  
□□□□□ □□□□□ □□□□. (202) 535-1663 □□□ □□□ □□□ □□ □□□□.

▪ 如果您需要帮助以理解本通知， □致□(202)724-5506。我□将采用您的首□□言向您解 □本通知。您□可向我□□送□真：  
(202) 535-1663

▪ 如果您需要帮助以理解本通知， 請致電 (202)724-5506。我們將採用您的首選語言 向您解釋本通知。 您還可向我們發送傳真：  
(202) 535-1663。

▪ **Nếu cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông báo này, xin gọi số (202)724-5506. Chúng tôi sẽ giải thích thông báo này cho quý vị bằng ngôn ngữ quý vị chọn. Quý vị cũng có thể gửi điện sao (fax) đến chúng tôi theo số (202) 535-1663.**



## Solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare

### Únicamente para personas que tienen el Programa de Beneficio de Medicare Cualificado (QMB)

#### INSTRUCCIONES:

Esta solicitud es para las personas que desean solicitar ayuda con el pago de gastos de **Medicare**, como las primas mensuales, el co-seguro, los deducibles anuales y el costo de los medicamentos de prescripción médica. Medicare seguirá siendo su proveedor de seguro médico, para que usted pueda continuar acudiendo a los mismo médicos que lo atienden ahora.

Ésta **NO** es una solicitud de cobertura de Medicaid más allá de una ayuda con el pago de Medicare, asistencia en efectivo o cupones para alimentos. Si desea solicitar su participación en estos programas, deberá llamar al Centro de Llamadas de la Administración de Seguridad Económica (ESA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Sociales (DHS, por sus siglas en inglés), al 202-727-5355, para pedir información sobre cómo hacerlo.

Si necesita ayuda para hacer o llenar esta solicitud, puede comunicarse con el Proyecto de Orientación sobre Seguros de Salud (HICP, por sus siglas en inglés) de la Universidad George Washington:

- Por correo electrónico: [Ask.ADRC@dc.gov](mailto:Ask.ADRC@dc.gov)
- Por teléfono: 202-994-6272
- Por fax: 202-741-5885

También puede entregar su solicitud y la documentación de apoyo:

- Vía correo postal

Economic Security Administration Medicaid Branch  
645 H St. NE 5<sup>th</sup> Floor  
Washington, DC 20002

- En persona en un centro de atención cerca de usted

*Para encontrar el centro de atención más cercano, llame al 202-724-5506*

Usted deberá proporcionar documentación de apoyo para las siguientes categorías de información a fin de tramitar su solicitud. No envíe los originales, sino copias de los documentos junto con su solicitud. Algunos ejemplos de documentos de apoyo para cada categoría son:

- Comprobante o prueba de residencia del Distrito de Columbia
  - Algunos ejemplos son: licencia de conducir del Distrito de Columbia, cuenta de servicios públicos, credencial de elector, recibo de alquiler, contrato de arriendo, carta firmada de un albergue o declaración firmada de su arrendador indicando su dirección actual del Distrito de Columbia.
- Comprobante de inscripción en Medicare
  - Copia de su credencial de Medicare (frente y reverso)
- Comprobante de ingresos
  - Algunos ejemplos son: carta de pensión, carta de adjudicación como funcionario de la administración pública, estado de cuenta de pensión vitalicia, carta de prestaciones como veterano de guerra, carta de adjudicación del Seguro Social, recibos de nómina, constancias de empleo por cuenta propia, declaración del empleador
  - **Aviso importante:** Su estado de cuenta bancario indicando el depósito de sus ingresos no es aceptable como una verificación de ingresos.
- Comprobante de otro seguro médico
  - Algunos ejemplos son: copia de seguro complementario, seguro médico para jubilados, seguro privado (frente y reverso)

## Llene todas las secciones de la solicitud

### Sección 1: DATOS PERSONALES

<b>Nombre: Como aparece en su credencial de Medicare</b>		<b>Número de Seguro Social:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección postal, si es diferente de la anterior</b>		<b>Teléfono:</b>
<b>¿No tiene dónde vivir?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Si no tiene dónde vivir, ¿piensa quedarse en el Distrito de Columbia?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Tiene cónyuge?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Desea solicitar las prestaciones del programa QMB para su cónyuge?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Sección 2: Datos del cónyuge:** *El/La cónyuge debe llenarla si solicita participar en el Programa de Beneficio de Medicare Cualificado (QMB, por sus siglas en inglés). Si su cónyuge no está solicitando, proporcionar sus datos —incluyendo su número de Seguro Social— es estrictamente voluntario. El número de Seguro Social de su cónyuge sólo se usaría para verificar su ingreso a fin de determinar la elegibilidad para participar en el programa QMB. Por favor tenga en*

<b>Nombre: Como aparece en la credencial de Medicare del cónyuge</b>	<b>Número de Seguro Social del cónyuge</b>
<b>Fecha de nacimiento del cónyuge:</b>	<b>Sexo del cónyuge:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Dirección de cónyuge, si es diferente de la anterior</b>	



### Sección 5: INGRESOS:

Díganos sobre todos los ingresos que usted o su cónyuge reciban o hayan solicitado actualmente. Indique el monto del ingreso BRUTO, antes de los impuestos y otras deducciones.

Tipo de prestación/ingreso	Recibe ingresos o prestaciones	Persona(s) que recibe(n) el ingreso o las prestaciones	Monto	Estado de la solicitud	Si los solicitó, fecha de la solicitud o de la denegación
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge	\$	<input type="checkbox"/> Recibiéndolo <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge	\$	<input type="checkbox"/> Recibiéndolo <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge	\$	<input type="checkbox"/> Recibiéndolo <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Denegado	

**Sección 6: REPRESENTANTE AUTORIZADO** ¿Desea que alguien más actúe por usted o lo represente?  Sí  No

Nombre de la persona	Relación	Dirección	Número de contacto

### Sección 7: Preguntas voluntarias

Su identidad étnica:  Hispano o latino

No hispano o latino

Su raza:  Negro o afroamericano

Indígena americano o nativo de Alaska

Blanco

Asiático

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Idioma que prefiere:  Inglés

Español

Américo

Otro \_\_\_\_\_

**Sección 8: FIRMA** (deben marcarse todas las casillas)

- Con mi firma a continuación, doy mi permiso al Departamento de Servicios Sociales (DHS, por sus siglas en inglés) para que obtenga información acerca de mí y de mi cónyuge. El DHS puede obtener esta información de aquellos funcionarios o instituciones que estén al tanto de mi situación. Doy mi permiso a estas partes para que proporcionen información sobre mí al DHS. He examinado la información de mi solicitud y creo que toda la información en ella es veraz y correcta. Sé que si proporciono información falsa, podría estar infringiendo la ley, y en riesgo de ser sujeto a sanciones y a un encausamiento penal. Sé que funcionarios tanto estatales como federales verificarán esta información. Acuerdo ayudar y cooperar con sus posibles investigaciones.
- Hago constar que recibí una copia de mis derechos y obligaciones. Entiendo mis derechos y obligaciones, y estoy de acuerdo en cooperar según se me solicite.
- Entiendo que ésta no es una solicitud de cobertura de Medicaid más allá de una ayuda con el pago de Medicare, cupones para alimentos o asistencia en efectivo. Entiendo que si deseo solicitar estas prestaciones, debo llamar a la ESA, al 202-727-5355, para pedir una solicitud o información.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Aviso de derechos y obligaciones

### **Reglas generales**

Usted debe proporcionar información veraz y completa. Si miente o proporciona información falsa, puede perder sus prestaciones. También podría recibir una multa e ir a prisión. Pueda que verifiquemos su información para asegurarnos de que sea correcta. Es posible que verifiquemos sus ingresos, su información del Seguro Social y sus datos migratorios. Esta información la verificamos mediante programas digitales de cotejamiento. También es posible que lo entrevistemos y realicemos una visita domiciliaria.

Su caso puede ser seleccionado para una evaluación de Control de Calidad, la cual constituye un análisis detallado de toda su información, y puede incluir algunas entrevistas personales y una verificación de su historia clínica. Al solicitar, usted acuerda cooperar con los verificadores estatales y federales. Si se rehúsa a hacerlo, podría perder todas sus prestaciones o parte de ellas. Si está siendo investigado o huye para eludir la ley, pueda que revelemos su información a dependencias tanto locales como federales.

En apego a las leyes federales y del Distrito de Columbia, usted debe proporcionar su número de Seguro Social (de tener uno) si se encuentra en la unidad de asistencia (Ver las §§ 435.910 y 4- 217.07 del 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés]). Su número de Seguro Social se usará para verificar su identidad, prevenir que reciba prestaciones por duplicado y hacer los cambios necesarios al programa. El sistema informático de la OHS DHS utiliza el número de Seguro Social para verificar sus ingresos, al acceder a los registros del Servicio de Rentas Internas, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Servicios de Sustento de Menores del Distrito de Columbia (CSSD, por sus siglas en inglés).

### **Reglas para recibir la asistencia médica**

Después de presentar su solicitud, usted recibirá una decisión sobre su Asistencia Médica en un plazo de 45 días (o 90 si la ESA debe determinar que tiene una discapacidad). Si no recibe una notificación dentro de este periodo, por favor llame a su representante de la ESA o al (202) 727-5355. Para recibir ayuda legal gratuita con Medicaid, llame al despacho jurídico de Terris, Pravlik & Millian al (202) 682- 0578, o escríbales a: Thurgood Marshall Center, 1816 12th Street, NW, Suite 303, Washington, DC 20009.

Si ya recibe Asistencia Médica, entonces debe recertificarse cada año, cuando le enviemos un aviso de recertificación. No hay una fecha límite para procurar Asistencia Médica.

**El cobro por parte del estado y el Programa de Beneficio de Medicare Cualificado.** A partir del 1 de enero de 2010, la Sección 115 de la ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare (MIPPA) prohíbe a los estados cobrar los pagos hechos por Medicaid a nombre de los beneficiarios de Medicare cualificados para cubrir los gastos compartidos del costo de Medicare. El Distrito de Columbia no puede procurar el cobro de los pagos hechos para cubrir el costo compartido de Medicare. Si tiene alguna pregunta, llame al (202) 442-9075.

**Demandas:** Si usted demanda o entabla negociaciones de conciliación con un tercero para una reclamación o una lesión médica, debe dar aviso por escrito del recurso entablado (ya sea mediante su entrega personal o por correo certificado) en un plazo de 20 días naturales, a: Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 825 N. Capitol St., NE, 4th Floor, Washington, DC 20002. Si tiene alguna pregunta, llame al (202) 442-9075.

### **Recertificación**

Le enviaremos un aviso de recertificación por correo. Si recibe Asistencia Médica, tan sólo llene el formulario y envíelo de regreso a la ESA. Si no tramita la recertificación, entonces perderá sus prestaciones. También avisenos por favor si cambia de domicilio. Tan sólo llame al **(202) 727-5355** para darnos su nueva dirección.

### **Notificación de cambios**

Usted debe notificar los cambios de dirección, ingreso, condición como derechohabiente de Medicare y personas con las que vive. Para notificar un cambio, llame al **(202) 727-5355**. Debe llamarnos antes del día 10 del mes después del cambio.



### ***Confidencialidad***

Al presentar su solicitud, usted autoriza a la ESA para hablar con su empleador, su arrendador, su banco, su médico y otras personas con información sobre usted. También da su permiso para que estas personas proporcionen información sobre usted a la ESA. Además, también autoriza a la ESA para buscar sus registros de vehículos automotores, datos salariales, información de impuestos y otros registros del gobierno. Por supuesto, la ESA mantiene toda su información en la confidencialidad. La ESA no divulga sus registros sin su permiso (excepto cuando lo exige la ley).

### ***Igualdad y no discriminación***

De conformidad con las leyes federales y con la política del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar a las personas por su raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una denuncia de discriminación, escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (teléfono de texto o TDD). El HHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

En apego a la ley de Derechos Humanos del Distrito de Columbia de 1977 y sus enmiendas, y la § 2-1401.01 del Código Oficial del Distrito de Columbia, y las siguientes (la Ley), el Distrito de Columbia no discrimina por motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, estado familiar, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, información genética, discapacidad, fuente de ingresos ni lugar de residencia o domicilio social, ya sean reales o percibidos. El acoso sexual constituye una forma de discriminación sexual prohibida por la Ley. Además, la Ley prohíbe el acoso en función de cualquiera de las categorías protegidas anteriores. La discriminación en contravención de la Ley no será tolerada. Los infractores serán sujetos a medidas disciplinarias.

### ***Audiencias imparciales***

Si cree que la ESA cometió un error, usted puede procurar una audiencia imparcial. Para obtener más información, llame al 202-698-4650. También puede llamar al (202) 727-8280. En una audiencia imparcial, puede pedir que otra persona hable por usted; ésta puede ser un abogado, un amigo, un pariente o alguien más. También puede traer testigos. Nosotros pagaremos su transporte y el de su testigo para que asistan a la audiencia, y pueda que también paguemos algunos de sus demás costos. También puede obtener ayuda legal gratuita para una audiencia imparcial. Llame a uno de los siguientes organismos para hablar con un abogado o consejero.

### ***Ayuda legal gratuita***

Neighborhood Legal Services  
2811 Pennsylvania Ave, SE  
(202) 678-2000  
(202) 832-6577

Legal Aid Society  
1331 H St., NW Suite 350  
(202) 628-1161