|  |  |
| --- | --- |
| W-1QMBRS(New 6/16) | Departamento de Servicios Sociales de Estado de Connecticut  **Formulario de Renovación de programas de ahorro de Medicare**  **(QMB, SLMB, ALMB)**  *Use este formulario para renovar su beneficio de programas de ahorro de Medicare. Si no recibe este beneficio actualmente, favor de aplicar usando el Formulario de Solicitud de programas de ahorro de Medicare (W-QMBS).* |

¿Necesita algún ajuste razonable o ayuda especial para completar el formulario debido a que tiene alguna discapacidad?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, véase la página 2 para información sobre cómo podemos ayudarle. Si necesita algún ajuste razonable o ayuda especial, favor de indicarnos qué tipo de ayuda necesita:

**Información personal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | 2do Nombre | Apellido | | | | (Nombre de soltera) | | | Mejor No de teléfono | | Otro No de teléfono | |
| Dirección del domicilio | | | |  |  | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| Dirección postal (si es diferente) | | | |  |  | | | Ciudad | | Estado | | Código postal |
| No de ID de cliente de DSS | | | Estado civil (marque uno):  Nunca se casó  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a | | | | | | | | | |
| La renovación es para (marque una):  Sólo para usted  Usted y su cónyuge | | | | | | | Nombre del cónyuge (Nombre, segundo nombre, apellido): | | | | | |
| Número de seguro social del cónyuge: | | | | | |
|  | | | | | |

**Información sobre su seguro médico**

¿Ha habido algún cambio en su seguro médico durante el pasado año?  Sí  No

Si seleccionó la casilla “Sí”, favor de completar la siguiente sección. Si seleccionó la casilla “No”, omita esta sección y complete la sección de ingresos en la página 2.

|  |  |
| --- | --- |
| **Información sobre su seguro** | **Información sobre el seguro de su cónyuge** |
| Otro seguro aparte del Medicare, si lo hubiere:  Nombre de la compañía:  N.o de Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N.o de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Marque todos los servicios que estén cubiertos:  Hospital  Médico/quirúrgico  Dental  Recetas  Visión/óptica  Cuidados a largo plazo  Fecha de inicio/póliza: Caduca el:  Importe de la prima: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al / a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha en que comenzó a pagar la prima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Otro seguro aparte del Medicare, si lo hubiere:  Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N.o de Póliza:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N.o de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Marque todos los servicios que estén cubiertos:  Hospital  Medico/quirúrgico  Dental  Recetas  Visión/óptica  Cuidados a largo plazo  Fecha de inicio/póliza: Caduca el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Importe de la prima: $\_\_\_\_\_ al / a la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha en que comenzó a pagar la prima: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Información sobre sus ingresos**

Enumere todos los ingresos que usted y su cónyuge perciben. Enumere el monto de los ingresos sin las deducciones. Algunos ejemplos de ingresos son: Seguro social, Seguridad de ingreso suplementario (SSI), sueldo, pensiones, prestaciones por discapacidad, prestaciones por accidente laboral, prestaciones por desempleo, intereses, dividendos, ingresos por alquiler de propiedad, pensión compensatoria para ex cónyuge, y pensión alimentaria para menores.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información sobre sus ingresos** | | | **Ingresos del cónyuge** | | |
| Nombre del patrono, de haberlo: | | | Nombre del patrono, de haberlo: | | |
| Dirección del patrono: | | | Dirección del patrono: | | |
| **Procedencia del dinero** | **¿Qué cantidad percibe?** | **¿Cuál es la frecuencia?**  (Por hora, semanal, quincenal, mensual, anual) | **Procedencia del dinero** | **¿Qué cantidad percibe?** | **¿Cuál es la frecuencia?**  (Por hora, semanal, quincenal, mensual, anual) |
| Salario | $ |  | Salario | $ |  |
| Intereses | $ |  | Intereses | $ |  |
| Seguro Social (describir): | $ |  | Seguro Social (describir): | $ |  |
| Pensión (describir): | $ |  | Pensión (describir): | $ |  |
| IRA1 (describir): | $ |  | IRA1 (describir): | $ |  |
| Otro (describir): | $ |  | Otro (describir): | $ |  |

Plan de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés)

**Información importante sobre la renovación que debe conocer**

* Toda información proporcionada en este formulario es de carácter confidencial y se utilizará exclusivamente para gestionar los programas solicitados; dicha información se divulgará conforme a lo permitido por ley.
* La presente solicitud tiene como único fin solicitar asistencia de los programas de ahorro de Medicare.
* Se utilizará el número de seguro social de cada persona que reciba o solicite ayuda con el fin de verificar la identidad de dicho individuo y determinar si reúne los requisitos para recibir ayuda. Se cotejará el número de seguro social con las bases de datos informáticos del gobierno conforme a lo permitido por ley.
* La información proporcionada en el presente formulario podrá ser verificada en la medida que lo permita la ley, entre lo que se incluye, cotejar dicha información con las bases de datos informáticos del gobierno o directamente con terceros, tales como patronos o instituciones bancarias.

**Si necesita que se haga algún ajuste razonable o requiere asistencia especial**

Si no puede realizar algo que le hayamos pedido que haga debido a alguna discapacidad, podría solicitar algún ajuste razonable o asistencia especial. Por ejemplo, si no puede presentarse personalmente a nuestra oficina, podríamos ayudarle a llenar la solicitud por teléfono, conseguir determinados comprobantes, o concederle más tiempo para proporcionar información. Comuníquese con DSS llamando al 1-855-626-6632 para solicitar el ajuste necesario o ayuda especial. Si decidimos no proporcionarle el ajuste razonable o asistencia especial en función de su discapacidad, puede presentar una queja ante el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) del departamento. Consulte el apartado Declaración de no discriminación en la página 3.

**Favor de leer con detenimiento y firmar abajo**

* Autorizo a DSS, o toda compañía de seguro, proveedor o cualquier otra entidad que esté proporcionando servicios bajo el programa de Medicaid para mi beneficio o el de mis familiares a divulgar cualquier información que sea necesaria con el fin de proporcionar dichos servicios y gestionar el programa Medicaid de conformidad con lo permitido por las leyes federales o estatales.
* Certifico bajo pena de perjurio, que a mi leal saber y entender, toda declaración dada en el presente formulario es exacta y completa. Entiendo que se me puede procesar en un tribunal de lo penal o de lo civil conforme a lo dispuesto en las leyes federales o estatales si a sabiendas doy información inexacta o no informo algo que debería haber informado.

**La persona que le ayudó a rellenar este formulario o que lo rellenó por usted también ha de firmar.**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del solicitante Fecha | Firma del cónyuge Fecha |
| Firma del ayudante o representante Fecha | Relación con el solicitante |

**Autorización para compartir información**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Para permitir que el DSS comparta información de su solicitud, por favor identifique los individuos, las agencias o instituciones con quienes el DSS se puede comunicar, y firme en la casilla: | | |
| **1** | Nombre: | |
| Dirección: | N.o de teléfono |
| **2** | Nombre: | |
| Dirección: | N.o de teléfono |
| Firma del solicitante o del agente autorizado | | Fecha |

|  |  |
| --- | --- |
| **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN**  **Instrucciones sobre cómo presentar una queja de discriminación o solicitar un ajuste razonable:**  Tiene derecho a presentar una queja de discriminación si cree que se ha discriminado contra usted por motivos de raza, color, religión, sexo, identidad o expresión sexual, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, mental, de aprendizaje o física, entre las que se incluyen de manera no limitativa, la ceguera.  Toda persona discapacitada puede solicitar y recibir del Departamento de Servicios Sociales un ajuste razonable o ayuda especial que se estime necesaria para permitir que dicha persona tenga la misma oportunidad adecuada de participar en programas gestionados por el departamento.  Si ha solicitado algún ajuste razonable o ayuda especial y nos hemos negado a proporcionarla, puede presentar una queja ante el director de la división de Acción Afirmativa del departamento o cualquiera de los organismos incluidos en la lista: | **Comisionado de Servicios Sociales**  **Atención: Director de la División de Acción Afirmativa/Coordinador de ADA**  25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033  Tel: 1-860-424-5040 Llamada gratis: 1-800-842-1508  TDD: 1-800-842-4524 Fax: 1-860-424-4948  **Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades en Connecticut**  25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106  Tel: 1-860-541-3400 Llamada gratis: 1-800-477-5737  TDD: 1-860-541-3459 Fax: 1-860-246-5265  Sitio Web: http://www.ct.gov/chro/site/default.asp  **Unidad de Derechos Civiles del Dpto. de Salud y Servicios Humanos**  JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA 02203  Tel: 1-617-565-1340 Llamada Gratis: 1-800-368-1019  TDD: 1-800-537-7697 Fax: 1-617-565-3809  Sitio Web: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html |