



**SOLICITUD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE *MEDICAID* PARA**  
*Qualified Medicare Beneficiaries (QMB)*  
*Specified Low Income Medicare Beneficiaries (SLIMB)*  
*Qualified Individuals 1 (QI)*  
*Working Disabled Individuals (WDI)*

**INFORMACION PARA EL SOLICITANTE**

Ud. puede usar esta solicitud para solicitar los programas indicados más arriba. Favor de rellenar todos los espacios en la solicitud que le corresponden a Ud. y a las personas que viven en su casa con Ud. Si necesita más espacio para responder a cualesquiera de las preguntas en esta solicitud, Ud. puede usar el revés de las páginas 3 y 4. Si su cónyuge quiere solicitar los programas indicados arriba, tendrá que rellenar una solicitud. Es necesario que devuelva la solicitud a la *Income Support Division*.

Hay otros programas de *Medicaid* que requieren una solicitud que es diferente a ésta.

Si Ud. califica para recibir los beneficios de uno de los programas indicados más arriba, *Medicaid* cubre lo siguiente:


- Bajo el programa *QMB*, Ud. deberá tener o deberá reunir los requisitos para recibir los beneficios de la parte A (Seguro de Hospital) de *Medicare*. *Medicaid* pagará las primas de *Medicare*, las cantidades deducibles, y los cargos del co-seguro únicamente por los servicios que *Medicare* cubre. *Medicaid* no cubre servicios dentales, de la vista o las recetas de medicamentos.
- Bajo el programa *SLIMB*, y *QI*, Ud. debe tener la Parte A de *Medicare*. *Medicaid* pagará únicamente la prima de la parte B (Seguro de Médico) de *Medicare*.
- Bajo el programa, *WDI*, Ud. tiene que estar trabajando y a la vez estar discapacitado o deberá haber perdido el Ingreso del Seguro Suplementario (*SSI*) debido a que inicialmente recibió beneficios del Seguro Social por estar Discapacitado (*SSDI*) y todavía no tiene *Medicare*. *Medicaid* pagará todos los servicios médicos que están cubiertos. Requiere que Ud. haga co-pagos bajos.

Después de que la oficina de *ISD* reciba su solicitud, Ud. será entrevistado. Le pedirán que entregue la información creíble que sea necesaria para determinar si Ud. califica por beneficios.

**Por favor lea la página 2 donde constan SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES.**

**SOLICITANTE**

**Por favor guarde esta hoja.**

 Si Ud. es una persona que tiene discapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para participar en audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de NM gratis al número 1-800-432-6217, o al 1-800-609-4TDD, o a través del sistema de relays de Nuevo Méjico TDD en 1-800-659-8331. El Departamento la comunicación previa por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite.

## **SUS DERECHOS y OBLIGACIONES**

**Por favor, lea esa página cuidadosamente antes de llenar la solicitud**

### **MI FIRMA DE ESTA SOLICITUD INDICA QUE ESTOY ACUERDO CON LO SIGUIENTE:**

- Proveer toda la información y las pruebas para determinar los beneficios solicitados.
- Proveer números de Seguro Social de todos en la casa.
- Darle permiso al Departamento de Servicios Humanos (*HSD*) para comunicarse con personas o agencias para verificar la información que necesita si yo no puedo proveer la información.
- Darle permiso a *HSD* que mi información será cotejada por computadora con la información que tienen otras agencias del gobierno federal, estado y local.

*HSD* utilizará la información que doy para decidir si qualifico, así que la información debe estar tan correcta como sea posible.

Si la información que yo entrego está falsa, es incorrecta, o incompleta, me pueden negar o terminar los beneficios.

- Si doy con conocimiento la información falsa, incorrecta, o incompleta, pudeo ser procesado para ese crimen.
- Entiendo que debo pagar detrás ventajas que no soy elegible recibir.

### **DERECHO DE AUDENCIA JUSTA**

Yo entiendo que puedo solicitar la audiencia justa por teléfono, en persona o por escrito dentro de 90 días a partir de la fecha de que se tomo la decisión de mi caso. Yo puedo tener otra persona representar me. Yo entiendo que si no estoy de acuerdo con la decisión en mi caso, yo tengo el derecho de examinar los documentos de mi caso que se utilizaron para la decisión en mi caso, antes de la audiencia justa.

### **INFORMACION CONFIDENCIAL**

Toda la información entregada a *HSD* es confidencial. Esta información será dada a los empleados de *HSD* que la necesitan para manejar los programas que he solicitado. Información confidencia se puede transmitir a otras agencias que manejan programas federales. Toda la información se utilizara para determinar si soy elegible y/o para proveer servicios.

### **RESPONSABILIDAD DE REPORTAR CAMBIOS**

La información entregada en la solicitud se utilizara para determinar si soy elegible. Soy responsable de reportar cambios entre diez (10) días a partir de la fecha del cambio o según se requiere. Estoy incluye cambios de domicilio, ingreso, recursos, seguro medico, y personas que viven en la casa.

### **ASIGNACION DE LAS DERECHAS AL PAGO**

Entiendo que consiguiendo beneficios de *Medicaid* le entrego a *HSD* todos los derechos a solicitar soporte medical y pago de servicios médicos, de un pagador tercero. Un pagador tercero puede incluir una compañía de seguro o otra persona que deber pagar por cuidado y servicios médicos. Yo entendió que necesito ayudarle a *HSD* identificar pagadores terceros que pueden pagar por cuidado y servicios médicos. Yo entiendo que si no ayudo a *HSD*, es posible no recibir beneficios de *Medicaid* o perder mis beneficios, o menos que pueda proveer una buena razón por no proveer ayudar a *HSD*.

### **DESCARGAR INFORMATION MEDICA**

Al firmar esta solicitud, le doy permiso a *HSD* que examine los expedientes médicos necesario para tomar decisión, si soy elegible y/o para pago de beneficios.

### **DECLARACION DE DERECHOS CIVILES**

Todos los programas que administra *HSD* son programas en los que se observa la igualdad de oportunidades. Es ilicito que *HSD* discrimine en contra un aplicante o recipiente de un programa debido a raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias politicas, o discapacidad. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina principal del Departamento de Servicios Humanos, la oficina local de Asistencia Economica, en el Departamentos de Servicio Humanos y Salud de los Estados Unidos, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, o en la Oficina de Derechos Civiles, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C> 20250-9410 o llamda al (202) 720-5964 (voz y TDD).



**RECURSOS - Vehículos - Anote todos los carros, trocas, u otros vehículos que Ud. y/o su cónyuge tienen.**

1) Año	Marca	Modelo	2.) Año	Marca	Modelo	3.) Año	Marca	Modelo

**Cuentas de Banco - Anote los nombres del banco(s), número de cuenta(s), y cantidade(s) de todas las cuentas que tienen el nombre suyo o de su cónyuge.**

1) Nombre del Banco	Número de cuenta	Cantidad	2) Nombre del Banco	Número de Cuenta	Cantidad

**Otro Activos - Anote la cantidad en efectivo, bienes raíces propiedad (que no sea su casa), seguro(s) de vida, regalías, fondos para funerales y entierros, acciones, títulos de valor, certificado(s) de depósito bancario, fondo IRA, fideicomisos, ganado, y todo el otro activo que Ud. o su cónyuge tengan.**

Nombre del Dueño	Tipo de Activo	Si tiene seguro de vida, indique lo siguiente			
		Nombre de la Compañia	Número de la Póliza	Valor Nominal	Valor Efectivo

**GASTOS RELACIONADOS CON SU TRABAJO - Anote todos los gastos relacionados con su trabajo tales como el seguro de salud, costos de transporte al trabajo, o gastos para el cuidado infantil, etc. que están relacionados con su discapacidad.**

Tipo de Gasto	¿A Quién Se Le Paga?	¿Con Que Frecuencia Se Paga o es Incurrido el Gasto?	Saldo que debe por el Gasto. (Si existe saldo)

**SEGURO MÉDICO - Anote toda la cobertura de seguro médico que Ud. y/o su cónyuge tienen.**

Persona que Tiene la Cobertura	Nombre de la Compañía	Número de la Póliza	Fecha de Efectivo

**ÚNICAMENTE para el Programa WDI**

**SOLICITUD PARA PAGOS MEDICOS RETROACTIVOS. FAVOR DE LEER CON MUCHO CUIDADO**

¿Tiene Ud. cuentas médicas por servicios médicos recibidos en los últimos tres meses que no ha pagado?  Si  No

Si Ud no entiende el propósito de esta sección, favor de preguntarle a su trabajador/a que le explique a Ud. Si a Ud. ya le aprobaron para pago de las cuentas médicas retroactivas, avísele al médico que lo atiende a Ud., al hospital o a otro proveedor de servicios médicos para que ellos puedan someter sus cuenta para que les paguen tan pronto como sea posible.

**Usted puede registrarse para votar.**

**Si Usted no esta registrado para votar en el lugar donde Ud. Vive ahora, quire Ud. Registrarse para votar aqui ho?  SI  NO** (sirvase poner su marca en uno de los cuadros) Si Ud. No pone su marca en cualquiera de los dos cuadrados no registrarse para votar en este lugar. Si ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la solicitud propia cuenta sin la ayude de persona alguna. **IMPORTANTE:** El hecho de que Ud. o que decida no registrarse para votar **NO AFECTAR** la ayuda que esta agencia le proporcionara a Ud. Si Ud. decide registrarse o no, la decision que Ud. tome permanecerá en calidad de confidencial. Si Ud. cree que alguna persona ha intervenido con su derecho de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad al decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrare, o su derecho a elegir el partrido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado , 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 o 1-800-477-3632.

**He leído toda la información en esta solicitud, o me le leyeron a mí. Esta solicitud es únicamente para Medicaid. Juro bajo pena de ley que a mi mejor saber y entender, la información que he escrito en esta solcitud es cierta, completa y correcta. Otorgo permiso para que HSD se comunicó con personas o agencias y obtenga la información que necesita. Me han informado cuales son mis derechos y obligaciones.**

Firma del Solicitante	Fecha	Firma de la Persona que Ayudó para que el Solicitante Pudiera Llenar esta Solicitud
Firma del Testigo (si la persona firmó con X)		