

Estado de Maryland
Departamento de Servicios Humanos

Solicitud por correo para los programas de Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB) y Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB)

Estimado solicitante:

En este paquete encontrará la solicitud por correo para solicitar los Programas de Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB) y Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB). Para solicitar estos beneficios, deberá hacer lo siguiente:

- Complete este formulario.
- Envíe por correo postal las páginas 1, 2, 3 y 4 del formulario completo al departamento de servicios sociales local en el condado donde vive (o la ciudad de Baltimore). Encontrará sus direcciones en la contraportada interior.

Puede usar este formulario si es un individuo o una pareja casada que recibe o ha solicitado beneficios de Medicare. Las familias con niños que deseen solicitar Asistencia Médica o el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición deben comunicarse con el departamento de servicios sociales local en su área.

Hay instrucciones para cada sección de la solicitud. Si desea ayuda, puede pedirle a un familiar, amigo o vecino. También puede llamar al coordinador del Programa estatal de asesoramiento y ayuda de seguro de salud (SHIP) de su área. Sus números de teléfono están en la última página del documento que guarda en sus registros.

Cuando envía este formulario por correo, solicita beneficios de QMB o SLMB a través del Programa de Asistencia Médica de Maryland. Una vez que se determine que es elegible, **todos los años**, su departamento de servicios sociales local le enviará por correo un formulario de información del caso (CIF) para que lo revise y lo devuelva, de modo que su elegibilidad para los beneficios continuos de QMB/SLMB se pueda volver a determinar. **Si no devuelve el formulario antes de la fecha límite, sus beneficios finalizarán.** Los beneficios de estos programas se enumeran a continuación.

Programa de Beneficiario Cualificado de Medicare (QMB)

El Programa de QMB ayuda a los residentes de Maryland elegibles pagando el monto total de las primas mensuales de Medicare y los copagos y deducibles de Medicare. Recibirá una tarjeta de QMB gris y blanca por correo.

Programa de Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado (SLMB)

Si es elegible para SLMB, pagaremos solo la prima mensual del seguro médico de la Parte B de Medicare. Recibirá una carta para informarle si es elegible, pero no recibirá una tarjeta.

Guarde esta página en sus registros.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

El Programa de Asistencia Médica utilizará mi información personal (nombre, dirección, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, historial de empleo, etcétera) para ver si soy elegible para los beneficios. Si no proporciono la información, mi solicitud puede ser rechazada. Tengo derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier información. Por ley, el estado puede usar mi información solo para fines directamente relacionados con la administración de los programas que solicito.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE PAGO PARA APOYO MÉDICO Y OTRO CUIDADO MÉDICO

Como condición para mi elegibilidad, asigno al estado cualquier derecho a asistencia médica y al pago de la atención médica de un tercero. Estoy de acuerdo en cooperar con el estado para identificar y brindar información para ayudar al estado a encontrar a un tercero que pueda pagar mis servicios y atención médica. Entiendo que debo informar al departamento de servicios sociales local cualquier pago recibido por atención médica dentro de los 10 días.

INFORME DE CAMBIOS

Entiendo que debo informar al departamento de servicios sociales local sobre cualquier cambio en mis ingresos, activos (cuentas de ahorro y corriente, etcétera), dirección o tipo de alojamiento dentro de los 10 días posteriores a que ocurra el cambio.

DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN Y ACUERDO DEL SOLICITANTE

Estoy de acuerdo con la divulgación de mi información personal y financiera a cualquier agente del estado que evaluará y determinará mi elegibilidad para los beneficios de Asistencia Médica.

Entiendo que el estado puede verificar toda la información en este formulario. Los números de seguro social se utilizarán como identificación para verificar la información para las revisiones o auditorías de programas, y comparación por computadora con otras agencias, como la Administración de Seguro Social o el Servicio de Impuestos Internos.

Tengo derecho a apelar cualquier decisión, acción u omisión que se tome con respecto a mi elegibilidad. Entiendo que mi solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o creencia política.

Certifico que todas las personas que solicitan beneficios en este formulario de solicitud son ciudadanos estadounidenses o extranjeros legalmente admitidos. Se requiere prueba de estatus migratorio legal.

Guarde esta página en sus registros.

Sección 3. Activos

Tipo de activos	Valor actual (a partir del 1.º día de este mes)	Propietario:		Número de cuenta	Nombre del banco, institución o ubicación
		Solicitante	Cónyuge		
Ahorros	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Corriente	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Certificados de acciones	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Certificados de depósito (CD) o mercado monetario					
Bonos	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bienes inmuebles (excepto donde vive)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fondo fiduciario	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IRA, Keogh, 401-K,	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Efectivo	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Sección 4. Ingresos

	Monto (antes de impuestos y otras deducciones)	¿Con qué frecuencia? (mensual, semanal, quincenal)	Recibido por	
			Solicitante	Cónyuge
Seguro social	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad del Seguro Social	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios para veteranos	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jubilación ferroviaria	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anualidad del Servicio Civil	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión, jubilación o ingresos por discapacidad	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso de alquiler	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso hipotecario	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dividendos o ganancias por intereses	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganancias laborales (últimas 4 semanas)	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión alimenticia	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos de trabajo por cuenta propia	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleo	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compensación de trabajadores	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos de anualidades	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 5. Vehículos. Enumere cualquier embarcación, avión u otro vehículo recreativo que tenga.

Tipo de vehículo	Marca	Año	Modelo

Sección 6. Otro seguro de salud

¿Usted y su cónyuge tienen otro seguro de salud además de Medicare? Sí No En caso afirmativo, complete la sección a continuación.

Persona asegurada	Compañía de seguros	Número de póliza

Sección 7. Representante autorizado. Esta sección es opcional. Complétela solo si desea que otra persona lo represente en su proceso de solicitud para los Programas de QMB/SLMB.

Otra persona, como un pariente, amigo o abogado, puede representarlo en la solicitud de beneficios. Si desea que esa persona hable con el Departamento sobre su caso y reciba copias de todas las cartas sobre su elegibilidad, complete lo siguiente:

Nombre del representante: _____

Dirección del representante: _____

Teléfono durante el día: (____) _____ - _____ Teléfono durante la tarde: (____) _____ - _____

Relación del representante con usted: _____

Me gustaría que el representante de arriba: (marque todas las que correspondan)

- Reciba copias de todas las cartas sobre mi elegibilidad y hable sobre mi elegibilidad con el Departamento de Servicios Sociales local y el Departamento de Salud e Higiene Mental.
- Reciba y complete mis solicitudes anuales por mí.
- Reciba mis tarjetas de identificación por mí.

Sección 8. Sección de firma

- He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Entiendo mis responsabilidades y acepto cooperar con el estado según sea necesario.
- Entiendo que si necesito ayuda con otros gastos médicos, o si necesito solicitar SNAP, debo presentar una solicitud por separado en el Departamento de Servicios Sociales local en mi área.
- Certifico que todas las personas que solicitan beneficios en este formulario de solicitud son ciudadanos estadounidenses o extranjeros legalmente admitidos.

Al firmar este formulario de solicitud, certifico bajo pena de perjurio que todo lo que figura en el formulario es verdad a mi leal saber. Las leyes estatales y federales prevén multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona que retenga información o brinde información falsa para obtener asistencia a la que no tiene derecho.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge del solicitante

Fecha

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD:

El Programa de Asistencia Médica utilizará mi información personal (nombre, dirección, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, historial de empleo, etcétera) para ver si soy elegible para los beneficios. Si no proporciono la información, mi solicitud puede ser rechazada. Tengo derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier información. Por ley, el estado puede usar mi información solo para fines directamente relacionados con la administración de los programas que solicito.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE PAGO PARA APOYO MÉDICO Y OTRO CUIDADO MÉDICO:

Como condición para mi elegibilidad, asigno al estado cualquier derecho a asistencia médica y al pago de la atención médica de un tercero. Estoy de acuerdo en cooperar con el estado para identificar y brindar información para ayudar al estado a encontrar a un tercero que pueda pagar mis servicios y atención médica. Entiendo que debo informar al departamento de servicios sociales local cualquier pago recibido por atención médica dentro de los 10 días.

INFORME DE CAMBIOS:

Entiendo que debo informar al departamento de servicios sociales local sobre cualquier cambio en mis ingresos, activos (cuentas de ahorro y corriente, etcétera), dirección o tipo de alojamiento dentro de los 10 días posteriores a que ocurra el cambio.

DECLARACIÓN DE COMPRENSIÓN Y ACUERDO DEL SOLICITANTE:

Estoy de acuerdo con la divulgación de mi información personal y financiera a cualquier agente del estado que evaluará y determinará mi elegibilidad para los beneficios de Asistencia Médica.

Entiendo que el estado puede verificar toda la información en este formulario. Los números de seguro social se utilizarán como identificación para verificar la información para las revisiones o auditorías de programas, y comparación por computadora con otras agencias, como la Administración de Seguro Social o el Servicio de Impuestos Internos.

Tengo derecho a apelar cualquier decisión, acción u omisión que se tome con respecto a mi elegibilidad. Entiendo que mi solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, origen nacional o creencia política

Certifico que todas las personas que solicitan beneficios en este formulario de solicitud son ciudadanos estadounidenses o extranjeros legalmente admitidos. Se requiere prueba de estatus migratorio legal.

Quando termine de completar esta solicitud, envíe por correo las páginas 1, 2, 3 y 4 al Departamento de Servicios Sociales local de su área, que se enumeran a continuación. Complete lo siguiente y guarde esta página en sus registros:

Envíe mi formulario de solicitud por correo el

_____ (fecha)

Encierre en un círculo la oficina a la que envió la solicitud por correo.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES LOCALES

Allegany County DSS 1 Frederick Street Cumberland, MD 21502 (301) 784-7000	Southwest Center 1223 W. Pratt Street Baltimore, MD 21223 (443) 423-7800	Carroll County DSS 1232 Tech Court, Ste.1 Westminster, MD 21157 (410) 386-3300	Montgomery County DHHS 1301 Piccard Drive Rockville, MD 20850 (240) 777-4600
Anne Arundel County DSS Annapolis District 80 West Street Annapolis, MD 21401-2478 (410) 269-4500	Baltimore County DSS Catonsville District 746 Frederick Road, Catonsville, MD 21228 (410) 853-3450	Cecil County DSS P.O. Box 1160 Elkton, MD 21922 (410) 996-0100	Prince George's Co. DSS 805 Brightseat Road Landover, MD 20785 (301) 909-6066
Glen Burnie District 7500 Ritchie Highway Glen Burnie, MD 21061 (410) 421-8539	Dundalk District 1400 Merritt Blvd, Ste. C Baltimore, MD 21222 (410) 853-3400	Charles County DSS 200 Kent Avenue LaPlata, MD 20646 (301) 392-6400	Queen Anne's County DSS 125 Comet Drive Centreville, MD 21617 (410) 758-8000
Baltimore City DSS North East Regional Office 2000 N. Broadway Street Baltimore, MD 21213 (443) 423-4600	Essex District 439 Eastern Avenue Baltimore, MD 21221 (410) 853-3800	Dorchester County DSS P.O. Box 217 Cambridge, MD 21613 (410) 901-4100	Somerset County DSS P.O. Box 369 Princess Anne, MD 21853 (410) 677-4200
Dunbar-Orangeville Center 2919 E. Biddle Street Baltimore, MD 21213 (443) 423-6400	Reisterstown District 130 Chartley Drive Reisterstown, MD 21136 (410) 853-3010	Frederick County DSS 1888 North Market Street Frederick, MD 21701 (301) 600-4555	St. Mary's County DSS PO Box 509 23110 Leonard Hall Drive Leonardtown, MD 20650 (240) 895-7000
Harbor View Center 18 Reedbird Ave Baltimore, MD 21225 (443) 423-4700	Towson District Drumcastle Center 6400 York Road Baltimore, MD 21212 (410) 853-3340	Garrett County DSS 12578 Garrett Highway Oakland MD 21550 (301) 533-3000	Talbot County DSS 301 Bay Street – Unit 5 Easton, MD 21601 (410) 770-4848
Hilton Heights Center 500 N. Hilton Street Baltimore, MD 21229 (443) 423-6400	Calvert County DSS 200 Duke Street Prince Frederick, MD 20678 (443) 550-6900	Harford County Department of Social Services Swan Creek Office 2029 Pulaski Highway Havre De Grace. Md 21078 (410) 836-4700	Washington County DSS 122 North Potomac Street Hagerstown, MD 21740 (240) 420-2100
Northwest Center 5818 Reisterstown Road Baltimore, MD 21215 (443) 378-4400	Caroline County DSS P.O. Box 400 Denton, MD 21629 (410) 819-4500	Howard County DSS 7121 Columbia Gateway Dr. Columbia, MD 21046 (410) 872-8700	Wicomico County DSS 201 Baptist Street – Ste. 27 Salisbury, MD 21801 (410) 713-3900
Penn-North Center 2500 Pennsylvania Ave Baltimore, MD 21217 (443) 423-7606		Kent County DSS P.O. Box 670 Chestertown, MD 21620 (410) 810-7600	Worcester County DSS P.O. Box 39 299 Commerce Street Snow Hill, MD 21863 (410) 677-6800

Guarde esta página en sus registros.

DÉ VUELTA LA PÁGINA.

Si necesita ayuda para completar su solicitud.

CONDADO	NÚMERO DE TELÉFONO
Allegany	(301) 777-5970 ext. 1710
Anne Arundel	(410) 269-4500
Baltimore City	(410) 396-2273
Baltimore County	(410) 887-2059
Calvert	(301) 855-1170 o (410) 535-4606 ext. 132/ext. 138
Caroline	(410) 479-2535 ext. 8009
Carroll	(410) 386-3800 o 1 (888) 302-8978 ext. 3806
Charles	(301) 934-0118 o (301) 870-3388 ext. 5118
Cecil	(410) 996-5295 o (410) 996-8174 N.º principal
Dorchester	(410) 742-0505 ext. 120
Frederick	(301) 600-1604 opción 1
Garrett	(301) 334-9431 ext. 6140 o 1 (888) 877-8403 N.º principal
Harford	(410) 638-3025 ext. 2238
Howard	(410) 313-7392
Kent	(410) 778-2571
Montgomery	(301) 590-2819
Prince George's	(301) 265-8471
Queen Anne's	(410) 758-0848 ext. 2712/ext. 2724
Somerset	(410) 742-0505 ext. 120
St. Mary's	(301) 475-4200 ext. 1064
Talbot	(410) 822-2869 ext. 231
Washington	(301) 790-0275 ext. 221
Wicomico	(410) 742-0505 ext. 120

Guarde esta página en sus registros.