Prescription Advantage

Su plan para recetas médicas a su alcance

FORMULARIO DE APLICACIÓN

Revisado en junio del 2007

Mensaje importante

Los aplicantes que son elegibles para Medicare podrían aplicar para Prescription Advantage aunque ya estén o no inscritos en un Plan de recetas médicas de Medicare. Sin embargo, los aplicantes deben estar inscritos en un Plan de recetas médicas de Medicare o un plan que ofrezca Cobertura acreditable antes de comenzar a recibir los beneficios de Prescription Advantage.

Vea los requisitos de elegibilidad en la página i.

Administrado por Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Elder Affairs
(Oficina ejecutiva de asuntos de las personas de la tercera edad del Commonwealth de Massachusetts)

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta aplicación, por favor llame al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) o TTY (línea gratuita) para personas con pérdida de la audición o con dificultades auditivas 1-877-610-0241.

Prescription Advantage

Gracias por su interés en Prescription Advantage. Este folleto contiene una descripción general de Prescription Advantage y un Formulario de aplicación. Es importante leer y entender todas las secciones de este folleto antes de completar y enviar el Formulario de aplicación. El envío de este Formulario de aplicación resultará en su inscripción como afiliado de Prescription Advantage si es que usted fuera aprobado.

Requisitos de elegibilidad

Prescription Advantage está disponible para los residentes de Massachusetts que no son afiliados a MassHealth o CommonHealth y que son:

1. de 65 años de edad o mayores, o
2. menores de 65 años de edad, no trabajan más de 40 horas por mes, no ganan una cantidad mayor al ingreso máximo para calificar para la categoría 2 o S2 [consulte la Guía de tarifas (Rate Schedule Guide) adjunta para conocer en detalle sobre las calificaciones de ingreso] y cumplen con pautas para discapacidad (consulte la página 6 de la aplicación para obtener detalles sobre lo que debe proveer para
demostrar discapacidad).

Notas importantes:

* Las personas que son elegibles para Medicare también deben estar inscritas en un Plan de recetas médicas de Medicare o un plan que ofrezca Cobertura acreditable (Creditable Coverage) y no deben tener un ingreso doméstico bruto anual que exceda el 500% del índice federal de pobreza (ingreso máximo para la categoría S5 de la Guía de tarifas adjunta).
* Las personas que reciben asistencia de MassHealth para pagar las primas, deducibles y copagos de Medicare Parte A y/o Parte B podrían aun ser elegibles para Prescription Advantage.

Para obtener información específica sobre los beneficios que proporciona Prescription Advantage, consulte la Guía de tarifas incluida en este Formulario de aplicación.

Beneficios para afiliados que tienen Medicare

Para los residentes de Massachusetts que tienen Medicare, Prescription Advantage puede ayudarle a pagar por su cobertura de recetas médicas de Medicare. Dependiendo de sus ingresos y del Plan de recetas médicas de Medicare que ha elegido, Prescription Advantage podría ayudarle a pagar parte o la totalidad de su prima mensual, deducible y copagos. Por favor consulte la Guía de tarifas adjunta para obtener más información sobre los beneficios para los cuales usted podría ser elegible.

Nota: Si tiene Cobertura acreditable, recibirá los mismos beneficios que están enumerados a continuación con la excepción de la ayuda para pagar su prima mensual.

Cómo funcionan las primas:
La cantidad que Prescription Advantage pagará para la prima mensual de su Plan de recetas médicas de Medicare se basa en la norma regional establecida por Medicare. Si usted elige un Plan de recetas médicas de Medicare con cobertura básica, Prescription Advantage pagará una porción de sus primas mensuales. Si elige un Plan de recetas médicas de Medicare con cobertura amplia, Prescription Advantage pagará una porción de su prima como se muestra anteriormente dirigida a la cantidad de su prima que es atribuible al beneficio básico. Prescription Advantage no pagará por ninguna prima atribuible a una cobertura amplia.

Cómo funcionan los copagos:
Si sus recetas médicas están cubiertas por su Plan de recetas médicas de Medicare, Prescription Advantage pagará una porción de su copago. La totalidad de sus copagos no sobrepasará las cantidades listadas en la Guía de tarifas adjunta. Prescription Advantage no pagará nada para medicamentos no cubiertos por su Plan de recetas médicas de Medicare (Parte D), excepto por los medicamentos con benzodiacepina (comúnmente usados para ansiedad y para ayudar a dormir).

Cómo funciona el límite anual de Gastos de bolsillo:
Si su gasto total para copagos alcanza la cantidad límite, Prescription Advantage cubrirá sus copagos para el resto del año del plan por todos los medicamentos cubiertos por su Plan de recetas médicas de Medicare (Parte D) y los medicamentos con benzodiacepina.

Ayuda adicional ("Extra Help") de Medicare

Medicare proporciona Ayuda adicional a beneficiarios elegibles para pagar por recetas médicas. Prescription Advantage requerirá que los aplicantes que podrían calificar para Ayuda adicional envíen una aplicación al Seguro Social. Si ya ha aplicado para Ayuda adicional incluya una copia de la carta de determinación que usted recibió del Seguro Social junto con su aplicación. Consulte la Guía de tarifas adjunta para obtener más información.

Beneficios para afiliados que no tienen Medicare

Para los residentes de Massachusetts que no tienen Medicare, Prescription Advantage puede ofrecerle cobertura primaria de recetas médicas. Consulte la Guía de tarifas adjunta para obtener información específica de beneficios.

Cómo funcionan los deducibles:
Un deducible es la cantidad de dinero que usted paga por el costo de sus recetas médicas cada trimestre antes de recibirlas al costo del copago aplicable. Si usted está en una categoría que tiene un deducible, se le cobrará como corresponde cuando presente su tarjeta en la farmacia al comienzo de cada trimestre.

Cómo funcionan los copagos:
Una vez que haya pagado su deducible trimestral (si corresponde), usted pagará solamente la cantidad indicada anteriormente por sus copagos durante el resto de ese trimestre.

Cómo funciona el límite anual de Gastos de bolsillo:
Si su gasto total para copagos alcanza la cantidad límite, Prescription Advantage cubrirá sus copagos para el resto del año del plan por todos los medicamentos cubiertos por Prescription Advantage.

Cómo determinar qué medicamentos están cubiertos:
Prescription Advantage utiliza un formulario del Plan, el cual es una lista de medicamentos con receta disponible para los afiliados. El formulario del Plan es desarrollado, revisado y actualizado por un panel selecto de farmaceutas. Para obtener información detallada sobre sus medicamentos y saber si están cubiertos o no, por favor llame al Servicio de atención al cliente de Prescription Advantage al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) o TTY (línea gratuita) para personas con pérdida de la audición o con dificultades auditivas al 1-877-610-0241.

Prescription Advantage

Cómo completar este Formulario de aplicación

Si usted desea aplicar para Prescription Advantage, por favor:

- Conteste todas las preguntas de este Formulario de aplicación;
- Envíe el Formulario del representante autorizado completo y firmado si desea conceder a alguien que no sea usted el acceso a su Información médica protegida;
- Envíe el Formulario de excepción de calificación completo si usted tiene 66 años o más y se encuentra aplicando fuera del periodo de la inscripción abierta; y,
- Envíe el Formulario de aplicación completo y firmado con toda la documentación requerida a:

Prescription Advantage
P.O. Box 15153
Worcester, MA 01615-0153

También puede enviar la información por fax al 508-793-1133

Si tiene alguna pregunta sobre cómo afiliarse a Prescription Advantage o necesita ayuda para completar esta aplicación, por favor llame al

Servicio de atención al cliente de Prescription Advantage:

1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) o TTY (línea gratuita) para personas con pérdida de la audición o con dificultades auditivas al 1-877-610-0241

Este símbolo indica que además de contestar las preguntas de la aplicación, usted debe enviar documentación para respaldar la información proporcionada.

Notas importantes:

- **El envío de esta aplicación resultará en su afiliación a Prescription Advantage siempre y cuando usted sea aprobado.**
- Una vez enviada esta aplicación, es su responsabilidad mantener a Prescription Advantage al día sobre cambios en su información. No hacerlo podría dar como resultado el rechazo de su aplicación o la terminación de su afiliación.
- Usted puede usar este Formulario de aplicación para su propia aplicación, o para usted y su cónyuge (si viven juntos). Si cualquier miembro de su domicilio (que no sea su cónyuge) quiere solicitar Prescription Advantage, tiene que completar una aplicación por separado para él o ella.

Prescription Advantage

FORMULARIO DE APLICACIÓN

A. Información del aplicante y el cónyuge

Esta sección hace preguntas sobre usted y su cónyuge. Si tiene un cónyuge que vive con usted, necesitamos que conteste todas las preguntas acerca de usted y su cónyuge, aun si su cónyuge no esté solicitando en este momento.

APLICANTE

Prefijo (Sr./Sra./Srta.)	Apellido	Nombre	Inicial	Sufijo (Jr., Sr., etc.)

Número de Seguro Social *	Número de identificación de Medicare **	Número de jubilación ferroviaria

Fecha de nacimiento	Raza (opcional)	Idioma escrito de preferencia

Género	¿Es usted un veterano/a?	¿Está usted inscrito en Medicare?
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No *Si contestó Sí, proporcione en la parte superior su número de identificación de Medicare.*

CÓNYUGE

Prefijo (Sr./Sra./Srta.)	Apellido	Nombre	Inicial	Sufijo (Jr., Sr., etc.)

Número de Seguro Social *	Número de identificación de Medicare **	Número de jubilación ferroviaria

Fecha de nacimiento	Raza (opcional)	Idioma escrito de preferencia

Género	¿Está actualmente inscrito en Prescription Advantage?	¿Está inscrito en Medicare?
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Sí ☐ No *Si contestó Sí, indique a continuación su número de identificación de Prescription Advantage* _____	☐ Sí ☐ No *Si contestó Sí, proporcione en la parte superior su número de identificación de Medicare.*
¿Es un veterano/a? ☐ Sí ☐ No		

* La decisión de proporcionar su número de Seguro Social es voluntaria. Prescription Advantage usará este número para obtener información sobre otros programas de patrocinio estatal y federal.

** Si tiene Medicare Parte A, B o D, por favor incluya una copia del frente y reverso de su tarjeta de identificación de Medicare con su Formulario de aplicación.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta aplicación, por favor llame al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) o TTY (línea gratuita) para personas con pérdida de la audición o con dificultades auditivas

B. Información del domicilio

En esta sección se hacen preguntas sobre las personas que viven en su domicilio (usted, su cónyuge y cualquier familiar que depende de usted para al menos la mitad de su sustento económico). El número de personas que viven en su domicilio puede afectar los beneficios que usted reciba.

1. **¿Tiene un cónyuge que actualmente vive con usted?** ☐ Sí ☐ No

2. **¿Cuántos otros familiares que viven con usted (además de su cónyuge) dependen de usted o su cónyuge como proveedor de al menos la mitad de su sustento económico?** Los familiares pueden ser cualquier persona con la que esté emparentada por vinculación sanguínea, matrimonio o

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
NINGUNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. **¿Quién es el aplicante en esta aplicación?** ☐ Solo usted ☐ Usted y su cónyuge
   Nota: Usted puede usar este Formulario de aplicación para su propia aplicación, o para usted y su cónyuge (si viven juntos). Si cualquier otro miembro de su domicilio (que no sea su cónyuge ni usted) quiere solicitar Prescription Advantage, por favor, complete una aplicación por separado para él o ella.

4. **Si cualquier otro miembro de su domicilio (incluyendo su cónyuge y familiares que dependan de usted para al menos la mitad de su sustento económico) están inscritos en Prescription Advantage o están completando una aplicación por separado, por favor proporcione a continuación su información.**

Apellido	Nombre	Inicial
No. de identificación de Prescription Advantage	No. de identificación de Medicare	Parentesco con el aplicante

Miembro del domicilio No. 1

Apellido	Nombre	Inicial
No. de identificación de Prescription Advantage	No. de identificación de Medicare	Parentesco con el aplicante

Miembro del domicilio No. 2

Si más de dos miembros de su domicilio están solicitando o ya están inscritos en Prescription Advantage, sírvase incluir una hoja adicional con la información de ellos.

C. Información de contacto y residencia

Las siguientes preguntas se refieren a su residencia principal y su información de contacto. Sólo los residentes permanentes de Massachusetts pueden inscribirse en Prescription Advantage. Usted debe residir en un lugar al menos durante seis (6) meses del año calendario para que éste sea considerado su residencia principal. La residencia temporaria o estacional en Massachusetts no califica como residencia principal.

Información importante:

- Los teléfonos celulares no son considerados como medios seguros para trasmitir su información personal. Para su protección, no proporcione un número de teléfono celular. Si nuestro único medio de contactarlo es por medio de un teléfono celular, comuníquese con el servicio al cliente en el número al pie de esta página para pedir instrucciones.
- Usted no puede dar una casilla postal como su dirección residencial principal.

1. Dirección residencial principal (no casillas postales)

_____ _____
Calle y número No. de unidad /Apto. (si corresponde)

_____ (_____)_____
Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

2. Dirección postal (si es distinta a su dirección residencial principal)

_____ _____
Calle y número o casilla postal No. de unidad /Apto. (si corresponde)

_____ (_____)_____
Ciudad Estado Código postal Número de teléfono (si es distinto al anterior)

3. Dirección postal temporaria

Si usted tiene otra dirección a la que se le envíe correo ocasionalmente (e.j., usted sale del estado durante el invierno), indique a continuación la dirección. También proporcione un número telefónico en esa dirección y un período de tiempo aproximado durante el cual usted espera estar en esa dirección.

_____ _____
Calle y número No. de unidad /Apto. (si corresponde)

_____ (_____)_____
Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Período de tiempo aproximado en que usted residirá en esta dirección:

desde _ _ / _ _ / _ _ _ _ hasta _ _ / _ _ / _ _ _ _

Nota: Cualquier correspondencia se enviará a esta dirección durante este período. Si cambiaran las circunstancias y no debiera enviarse el correo a esta dirección durante este período, por favor llame al servicio al cliente.

D. Otra cobertura de recetas médicas

Por favor indique a continuación cuál (si tiene) otra cobertura médica usted y/o su cónyuge tiene para cubrir las recetas médicas.

- ***Es su responsabilidad comparar su cobertura de recetas médicas actual con la cobertura provista por Prescription Advantage y decidir cuál cobertura (una o ambas) es adecuada para usted.***
- ***Si usted es eligible para Medicare, debe inscribirse en un Plan de recetas médicas de Medicare o tener Cobertura acreditable (cobertura que sea tan buena como la cobertura de medicamentos ofrecida por Medicare) o no podrá recibir beneficios de Prescription Advantage.***

	APLICANTE	CÓNYUGE
1. ¿Está usted inscrito en un Plan de recetas médicas de Medicare o un plan que ofrece Cobertura acreditable?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro *Si contestó Sí, indique el nombre del plan de recetas médicas de Medicare o el plan de Cobertura acreditable que le proporciona cobertura:* _____	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro *Si contestó Sí, indique el nombre del plan de recetas médicas de Medicare o el plan de Cobertura acreditable que le proporciona cobertura:* _____
2. ¿Tiene usted alguna otra cobertura médica que incluya la cobertura de recetas médicas (que no sea un Plan de recetas médicas de Medicare)?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro *Si contestó Sí, proporcione el nombre del plan al que pertenece:* _____	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro *Si contestó Sí, proporcione el nombre del plan al que pertenece:* _____
3. ¿Ha presentado una aplicación al Seguro Social para obtener Ayuda adicional con el costo de sus recetas médicas de Medicare?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro *Si contestó Sí, ¿le aprobaron la ayuda adicional?* ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro *Si contestó Sí, ¿le aprobaron la ayuda adicional?* ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
4. ¿Recibe usted cobertura médica a través de Medicaid (MassHealth o CommonHealth)?	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro	☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

Asegúrese de incluir la siguiente documentación con su aplicación, si corresponde:

1. **Una copia del frente y reverso de su tarjeta del seguro para cualquier cobertura de recetas médicas que usted tenga;**
2. **Una copia de la carta de determinación que recibió del Seguro Social sobre Ayuda adicional [si aún no ha recibido dicha carta, incluya una copia del comprobante de la aplicación para Ayuda adicional (*"Extra Help"*) del Seguro Social];**
3. **Una copia de la carta del administrador de su cobertura de recetas médicas indicando que usted tiene Cobertura acreditable.**

E. Ayuda adicional (*"Extra Help"*) de Medicare

Si usted es un beneficiario de Medicare con recursos e ingresos limitados, podría calificar para el subsidio para personas de bajos ingresos, conocido como 'Ayuda adicional' de Medicare. La Ayuda adicional disminuirá su deducible y sus copagos y le ayudará a pagar su prima mensual de la Parte D. Prescription Advantage requiere que los aplicantes que puedan calificar para Ayuda adicional soliciten este beneficio. Luego de revisar su aplicación, le haremos saber si usted podría ser elegible para Ayuda adicional. Si fuera así, nosotros le ayudaremos con este proceso.

Para ayudarnos a determinar si puede calificar para Ayuda adicional, por favor conteste la siguiente pregunta. Su respuesta no afectará su elegibilidad para Prescription Advantage.

1. Si usted es soltero/a, viudo/a o su cónyuge no vive con usted; ¿están valorados sus ahorros, inversiones y propiedades (aparte de su casa) en una cantidad mayor al límite de recursos para Ayuda adicional? (Por favor consulte la Guía de tarifas adjunta de Prescription Advantage para conocer los límites actuales.)

O

2. Si usted está casado/a y vive con su cónyuge; ¿están valorados sus ahorros totales, inversiones y propiedades (aparte de su casa) en una cantidad mayor al límite de recursos para Ayuda adicional? (Por favor consulte la Guía de tarifas adjunta de Prescription Advantage para conocer los límites actuales.)

Sírvase incluir las cosas que posee por sí mismo, con su cónyuge o con otra persona. **No incluya su casa, lote para sepultura o posesiones personales.**

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si usted ya ha solicitado Ayuda adicional, por favor incluya una copia de la carta de determinación que recibió del Seguro Social. Si aún no ha recibido dicha carta, incluya una copia del comprobante de la aplicación para Ayuda adicional del Seguro Social.

F. Información sobre el aplicante y el cónyuge - Menores de 65 años

Si usted es menor de 65 años debe completar esta página que trata sobre su estado de discapacidad. Esta sección hace preguntas a aplicantes menores de 65 años. Si es menor de 65 años debe tener una discapacidad calificada, trabajar no más de 40 horas por mes, y cumplir con requisitos de ingresos para poder inscribirse en Prescription Advantage. **Si tiene 65 años o más, pase a la siguiente página.**

	APLICANTE	CÓNYUGE
1. ¿Está actualmente trabajando?	☐ Sí ☐ No ¿Si está trabajando, cuántas horas por mes trabaja? ☐	☐ Sí ☐ No ¿Si está trabajando, cuántas horas por mes trabaja? ☐
2. ¿Tiene una discapacidad? (Nota: si usted es menor de 65 años y no tiene una discapacidad calificada, usted no es elegible para Prescription Advantage.)	☐ Sí ☐ No Por favor proporcione **copia de uno** de los siguientes documentos (marque la casilla correspondiente si está enviando uno de estos documentos): ☐ Copia de una carta actualizada de la adjudicación de beneficios de SSDI o SSI de la Administración del Seguro Social; ☐ Copia de su tarjeta de Medicare; ☐ Copia de un certificado de ceguera de la Comisión para ciegos de Massachusetts; ☐ Copia de la determinación de discapacidad de MassHealth o CommonHealth (Medicaid); ☐ Verificación escrita de beneficios de SSDI o SSI firmada por un representante autorizado de reclamaciones del Seguro Social en papel membretado del Seguro Social.	☐ Sí ☐ No Por favor Proporcione **copia de uno** de los siguientes documentos (marque la casilla correspondiente si está enviando uno de estos documentos): ☐ Copia de una carta actualizada de la adjudicación de beneficios de SSDI o SSI de la Administración del Seguro Social; ☐ Copia de su tarjeta de Medicare; ☐ Copia de un certificado de ceguera de la Comisión para ciegos de Massachusetts; ☐ Copia de la determinación de discapacidad de MassHealth o CommonHealth (Medicaid); ☐ Verificación escrita de beneficios de SSDI o SSI firmada por un representante autorizado de reclamaciones del Seguro Social en papel membretado del Seguro Social.

No se olvide de proporcionar documentación con su aplicación si contestó Sí a la pregunta 2 en la parte superior y si usted es menor de 65 años.

G. Ingresos

En esta sección se hacen preguntas sobre sus ingresos. Sírvase proporcionar información completa sobre sus **ingresos mensuales brutos** (la cantidad total de dinero, ganado en sueldo o no, de cualquier fuente) para usted y su cónyuge, si él o ella vive con usted.

Nota: Esta hoja de cálculo sirve para ayudarle a calcular sus ingresos. La documentación que proporcione junto con su aplicación es lo que Prescription Advantage usará para determinar su categoría de afiliación.

Tipo de ingresos	Sus ingresos mensuales brutos	Los ingresos mensuales brutos de su cónyuge	**Sus ingresos mensuales brutos combinados**
Seguro Social (antes de deducciones de Parte B y Parte D)	$	$	$
Pensiones	$	$	$
Dividendos/ Intereses	$	$	$
Empleo	$	$	$
Jubilación ferroviaria	$	$	$
Ingresos por alquileres	$	$	$
Ganancias de capital	$	$	$
Pensión compensatoria	$	$	$
Desempleo	$	$	$
Distribuciones de una Cuenta individual de retiro (IRA, por sus siglas en inglés)	$	$	$
Distribuciones de un plan de retiro 401K o 403B	$	$	$
Otro: _____	$	$	$
Ingresos Totales	$	$	$

Usted debe proporcionar documentación sobre sus ingresos.
Para una lista de documentación aceptable, por favor consulte la página 9.

H. Documentación sobre ingresos

Notas importantes sobre el cálculo de ingresos

- Usted debe enviar documentación sobre cualquier ingreso que usted reciba (para verificar las cantidades que enumeró en la página 7). En la página siguiente, se proporciona una lista de documentación aceptable. Si recibe ingresos que no están en la lista, llame al servicio al cliente con respecto a la documentación aceptable.
- No envíe documentos originales, envíe copias. Los originales no serán devueltos.
- Los ingresos se calculan usando el ingreso doméstico **bruto** anual. Esta es la cantidad **previa** a cualquier deducción que usted pudiese tener para costos de atención médica y otros propósitos.
- Los ingresos se calculan usando el ingreso total tal como está reportado en la declaración federal de impuestos y cualquier ingreso adicional del Seguro Social reportado en el (los) formulario(s) SSA-1099 para el aplicante y su cónyuge. Para los aplicantes que no necesitan presentar una declaración federal de impuestos, los ingresos se calculan usando documentos alternativos. Se ha proporcionado una lista de estos documentos en la página 9 de este Formulario de aplicación.
- Los ingresos contados incluyen la cantidad total de dinero ganado o no salarial; de cualquier fuente que incluye entre otros, sueldos*, salarios, rentas, pensiones, dividendos e intereses.

  * Si la documentación de sus ingresos indica que ha recibido sueldos y ya no está trabajando, por favor incluya una carta firmada por su antiguo empleador en papel membretado de la compañía, indicando su último día en el trabajo. Con tal documentación, los sueldos pueden excluirse del cálculo de sus ingresos. También debe proporcionar copias de sus formularios W-2 si presentó una declaración conjunta de impuestos con su cónyuge.

1. ¿ Ha llenado usted o su cónyuge una declaración federal de impuestos en los últimos 2 años?

☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, usted debe proporcionar una copia de su declaración federal de impuestos más reciente. Consulte la página 9 para una lista de tipos aceptables de documentación. (Nota: Declaraciones de impuestos del estado no son aceptables.)

Si contestó No, por favor incluya documentación alternativa para cada tipo de ingreso que recibe según la lista en la página 9.

Usted debe proporcionar documentación sobre sus ingresos. Para una lista de documentación aceptable, consulte la página 9.

P.O. Box 15153 ● Worcester, MA 01615-0153
Número de fax: 508-793-1133

Documentación aceptable sobre ingresos

Use esta tabla para determinar qué documentación debe proporcionar junto con su aplicación. Usted debe incluir documentación sobre sus ingresos del Seguro Social y una copia de su declaración federal de impuestos más reciente (si la ha presentado en los últimos 2 años). Si no lo ha hecho en un periodo de dos años, debe proporcionar documentos tal como están listados a continuación para cada tipo de ingreso que usted recibe.

Ingreso por Seguro Social
- Declaración anual de beneficios (formulario SSA-1099); o
- Carta anual de adjudicación de la Administración del Seguro Social; o
- Una carta de verificación de beneficios de la Administración del Seguro Social detallando ingresos recibidos en los últimos 12 meses.

Usted puede solicitar una carta de verificación de beneficios llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213, 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, o comunicándose con su Oficina administrativa local del Seguro Social.

Ingreso por retiro
- Declaración anual de beneficios (formulario 1099); o
- Una carta de su banco declarando la cantidad anual del depósito directo y la fuente; o
- Dos cheques de retiro recientes que puedan ser anualizados; o
- Una carta de la Asociación de veteranos (VA, por sus siglas en inglés) declarando la cantidad anual que usted recibe.

Dividendos/ Intereses
- Formulario(s) 1099; o
- Estados de cuenta bancarios **de fin de año** más recientes; o
- Una carta del banco en papel membretado del banco declarando la cantidad de interés ganado el año anterior; o
- Declaración anual de dividendos/ intereses.

Ingreso por empleo
- Su(s) formulario(s) W-2 o 1099; o
- Dos talonarios de sueldo recientes; o
- Una declaración en papel membretado de su empleador declarando su sueldo anual.

Jubilación ferroviaria
- Declaración anual de beneficios (1099).

Ingreso por alquileres
- El acuerdo de renta o alquiler que puede usarse para determinar el ingreso bruto anual; o
- Un cheque de alquiler que puede usarse para determinar el ingreso bruto anual.

Ingreso por ganancia de capital
- Formulario(s) 1099; o
- Una declaración que muestre la cantidad completa de la ganancia de capital recibida.

Pensión compensatoria
- Decreto de divorcio declarando la cantidad de pensión compensatoria ordenada; o
- Una carta de su antiguo cónyuge detallando la cantidad de pensión compensatoria que usted recibe.

Desempleo
- Declaración anual de beneficios de desempleo (Formulario 1099).

Distribuciones de cuentas de jubilación (IRA, 401K, 403B)
- Formulario(s) 1099; o
- Una carta del administrador de su cuenta declarando la cantidad que ha recibido de cada cuenta en el último año.

Declaración federal de impuestos
- Formularios 1040, 1040A, 1040EZ; o
- Comprobante de declaración de impuestos por vía telefónica-Telefile (debe tener el número de confirmación); o
- Comprobante de declaración electrónica de impuestos-E-File.

FIRMAS

Sírvase leer las siguientes declaraciones y firmar y colocar la fecha al pie de esta página. Debido a que requerimos verificación de ingresos domésticos, su cónyuge también debe firmar, si es que él/ella vive con usted, aun si él/ella no se encuentra aplicando en este momento.

Entiendo que Prescription Advantage compartirá mi información personal con otros programas estatales y federales con el fin de coordinar mis beneficios.

Autorizo la divulgación de mi información personal con el propósito de determinar elegibilidad a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) y a la Oficina de Medicaid. Entiendo que la SSA revisará mis declaraciones y comparará sus expedientes con los de agencias gubernamentales federales, estatales y locales, incluyendo al Servicio de rentas internas (IRS, por sus siglas en inglés), para asegurarse que la información sea correcta.

Autorizo a la SSA a obtener y divulgar información sobre mis ingresos, recursos y bienes, tanto nacionales como del extranjero de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables. Esta información puede incluir pero sin limitarse a información sobre mis sueldos, estados de cuenta, inversiones, pólizas de seguros, beneficios del gobierno y pensiones.

Prescription Advantage mantendrá la confidencialidad de mi información personal en la medida exigida por las leyes y reglamentos aplicables.

Certifico que deseo afiliarme a Prescription Advantage y entiendo que seré inscrito en el Plan dada la aprobación de esta Aplicación.

Certifico que si fuese aprobado para la inscripción, le notificaré a Prescription Advantage, dentro de 15 días laborales y por escrito sobre cambios en la información de esta aplicación o en la documentación adjunta que puedan afectar mi elegibilidad. Si no lo hiciera, podría terminarse mi afiliación. Entiendo que cualquier persona que intencionalmente hace una declaración falsa o errónea sobre un hecho material en esta aplicación, o hace que alguna otra persona lo haga, comete un crimen y puede estar sujeto a penalidades legales.

Acepto acatar todas las normas, procedimientos y reglamentos de Prescription Advantage.

Por la presente, certifico bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información en este formulario y la documentación adjunta; y compruebo que es veraz, completa y correcta a mi mejor entendimiento.

Si usted está actuando en nombre de alguien que no puede completar este formulario debido a una condición física o mental, al firmar este formulario, está declarando que la información remitida y cualquier información adjunta o suplementaria son veraces, completas y correctas a su mejor entendimiento.

X _____ **Fecha:** _____
Firma del aplicante (o la persona designada si el aplicante no puede completar este formulario)

X _____ **Fecha:** _____
Firma del cónyuge del aplicante (o la persona designada si el aplicante no puede completar este formulario)

Tiene que firmar el cónyuge del aplicante, si él/ella vive con el aplicante, aunque no se encuentre aplicando en este momento.

SUPLEMENTO A

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Este formulario le permite designar a alguien para que tome decisiones para su domicilio con respecto a Prescription Advantage al igual que para tener acceso a su Información médica protegida. La Información médica protegida incluye toda la información sobre inscripción, elegibilidad, facturación y reclamaciones por recetas médicas.

Si desea otorgarle a alguien la autoridad de actuar en su nombre, por favor lea la información detallada en la parte inferior, complete la información necesaria y firme donde se indica. Si usted y su cónyuge son aplicantes y desean que alguien actúe en su nombre, ambos deben estar de acuerdo en tener un Representante autorizado designado para su domicilio. Ambos tienen que estar de acuerdo en designar al mismo Representante autorizado; y, ambos deben firmar este formulario.

Un Representante autorizado tiene la autoridad de tomar decisiones por usted (y su cónyuge) sobre su(s) afiliación(es) y participación en el Plan. Por ejemplo, un Representante autorizado puede presentar una aplicación para terminar su afiliación en Prescription Advantage en su nombre.

Prescription Advantage le enviará su(s) carta(s) de aprobación, tarjeta(s) de identificación, avisos para afiliados, facturas y toda otra correspondencia del plan a su Representante autorizado en lugar de a usted.

Al completar este formulario, usted autoriza a Prescription Advantage a compartir toda la comunicación verbal y escrita y datos personales con su Representante autorizado designado.

No se requiere que usted designe un Representante autorizado. Si usted no desea tener un Representante autorizado, no complete este suplemento.

Si usted desea designar un Representante autorizado, sírvase completar y firmar el reverso de este formulario y devolverlo junto con su aplicación.

Si tiene alguna pregunta sobre los Representantes autorizados o cómo completar este formulario, sírvase llamar al Servicio para el cliente de Prescription Advantage al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) o TTY (línea gratuita) para personas con pérdida de la audición o con dificultades auditivas al 1-877-910-0241.

SUPLEMENTO A

Autorización

Yo (Nosotros) designo (designamos) a la siguiente persona como mí (nuestro) Representante autorizado; y, autorizo a Prescription Advantage a divulgar mí (nuestra) Información médica protegida a:

Nombre del aplicante/afiliado:	Nombre del cónyuge	Número de teléfono	
Nombre del Representante autorizado (En letra de molde):		Número de teléfono	
Dirección del Representante autorizado:	Ciudad	Estado	Código postal

Si el Representante autorizado designado es alguien que tiene autoridad legal para tomar decisiones en su nombre (como un tutor legal o una persona con poder notarial), sírvase incluir la documentación para verificar este estado.

Al firmar este formulario para designar a un Representante autorizado, estoy indicando que:

- Entiendo que esta autorización cubre mi Información médica protegida, incluida toda la información sobre inscripción, elegibilidad, facturación y reclamaciones por recetas médicas.
- Entiendo que toda la correspondencia de Prescription Advantage irá a mi Representante autorizado en lugar de a mí. Esto incluye carta(s) de aprobación, tarjeta(s) de identificación, avisos para afiliados, facturas, y toda otra correspondencia de Prescription Advantage.
- Entiendo que esta designación continuará mientras sea afiliado de Prescription Advantage a menos que yo cancele o cambie esta autorización. Puedo hacerlo en cualquier momento enviando una carta a: Prescription Advantage, PO Box 15153, Worcester, MA 01615-0153.
- Entiendo que aunque cancele o cambie esta autorización, Prescription Advantage no puede recuperar información que ya fue divulgada.
- Entiendo que después de que Prescription Advantage revele mi información a mi Representante autorizado, es posible que ésta ya no esté protegida por la ley de privacidad, y podría volver a ser divulgada por la persona a quien la información fue entregada.
- Entiendo que mis acciones para designar, cambiar o retirar a un Representante autorizado no impactarán mi capacidad de recibir beneficios de Prescription Advantage.

X _____ **Fecha:** _____
Firma del aplicante (o Representante autorizado si el aplicante no puede completar este formulario)

X _____ **Fecha:** _____
Firma del cónyuge (o Representante autorizado si el aplicante no puede completar este formulario)

X _____ **Fecha:** _____
Firma del Representante autorizado

Prescription Advantage

LISTA

Sírvase completar la siguiente lista para asegurarse de que usted está proporcionando toda la información que necesitaremos con el fin de procesar su Aplicación. Marque cada casilla al leer la declaración a continuación y confirme que ha hecho lo que se le pide.

¿Se acordó de?:

☐ Incluir la siguiente documentación:

- ⇒ documentación relacionada a cualquier excepción(es) especial(es) que usted pudiese satisfacer (consulte la página ii y el Formulario de calificación de excepción);
- ⇒ prueba de ingresos para todos los miembros de su domicilio;
- ⇒ prueba de discapacidad si usted es menor de 65 años;
- ⇒ una copia de su tarjeta de identificación para cualquier otra cobertura de recetas médicas que usted esté recibiendo, incluyendo Medicare Parte D (consulte la página 4);
- ⇒ una copia de cualquier carta que haya recibido del Seguro Social sobre su aplicación de Ayuda adicional (consulte la página 4);
- ⇒ una copia de una carta del administrador de su cobertura de recetas médicas indicando que usted tiene Cobertura acreditable (consulte la página 4);
- ⇒ una copia de su tarjeta de Medicare (si usted tiene Medicare).

☐ Firmar y escribir la fecha en Formulario de aplicación.

☐ Proporcionar información sobre su cónyuge, incluida la firma si él o ella vive con usted, aunque su cónyuge no se encuentre aplicando en este momento.

☐ Hacer una copia del Formulario de aplicación y toda la documentación adjunta para sus archivos.

☐ Completar, firmar e incluir el formulario del Representante autorizado (Suplemento A) si usted desea designar un Representante autorizado.

☐ Determinar y colocar la estampilla (de correo) correspondiente.

☐ Enviar copias de toda su documentación (Los originales no serán devueltos.).

Si tiene alguna pregunta sobre cómo afiliarse a Prescription Advantage o necesita ayuda para completar esta aplicación, llame al Servicio al cliente al: 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636); o TTY: 1-877-610-0241 (línea gratuita) para personas con pérdida de la audición o con dificultades auditivas.

Por favor envíe el Formulario de aplicación completo con la documentación requerida a:

Prescription Advantage
P.O. Box 15153
Worcester, MA 01615-0153

O envíela por fax al 508-793-1133

El no poner el valor suficiente de estampillas (de correo) retrasará o evitará la recepción de su aplicación.

Administrado por Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Elder Affairs
(Oficina ejecutiva de asuntos de las personas de la tercera edad del Commonwealth de Massachusetts)

P.O. Box 15153 ♦ Worcester, MA 01615-0153
1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636) ♦ www.800ageinfo.com
TTY 1-877-610-0241 (línea gratuita) para personas con pérdida de la audición o con dificultades auditivas

English	Important! Please have this notice translated immediately.
Armenian	Կարևոր է.– Խնդրվում է այս ծանուցումը անմիջապես թարգմանեք
Chinese	务请注意！请立即翻译本通知。
Cambodian	សំខាន់ណាស់! សូមរកអ្នកណាម្នាក់ ឲ្យបកប្រែខិតប័ណ្ណនេះ ជាមួយរំពេច
French	Important ! Faites traduire cette notice immédiatement.
Greek	Προσοχη! Παρακαλω μεταφραστε αυτο το μυνημα αμεσως.
Haitian	Enpòtan! Tanpri fè tradwi anons sa a imedyatman.
Italian	Importante! Far tradurre immediatamente questo avviso.
Laotian	"ສຳຄັນທີ່ສຸດ! ກະຣຸນາແປຄຳເຕືອນອັນນີ້ທັນທີທັນໃດ"
Polish	Ważne! Proszę przetłumaczyć tę uwagę natychmiast.
Portuguese	Importante! Favor mandar traduzir este folheto imediatamente.
Russian	Крайне важно! Пожалуйста, переведите это объявление немедленно.
Spanish	¡Importante! Por favor traduzca este folleto inmediatamente.
Vietnamese	Quan trọng! Xin vui lòng cho dịch tờ thông báo này ngay.