

# Información Sobre la Asistencia Médica Para Los Beneficiarios Del SSI/SSP

**Favor Escriba En Letras De Molde**

NOMBRE (Primero, Inicial, y Apellido) \_\_\_\_\_ NUM. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (día/mes/año) \_\_\_\_\_  M  F  
 SEXO

DIRECCION DONDE RESIDE \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL (is es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

Medicare ¿Tiene Ud. una tarjeta roja, blanca y azul de la Oficina del Seguro Social?  Sí\*  No  
 \*Si contesta afirmativamente, Número de Reclamación (Claim No.) \_\_\_\_\_  
 Fecha Efectiva: (Tal como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul) \_\_\_\_\_  
 SEGURO DE HOSPITAL \_\_\_\_\_ SEGURO MEDICO \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un seguro de salud distinto al Medicaid o Medicare?  Sí  No Sí contestó, complete.

Compania de Seguros	Fecha Efectiva	No. del Póliza	No de Grupo	Nom. del Portador de La Póliza	Nom. del Empleador(a)/Unión	Costo Mensual
1.						
2.						

¿Tiene usted cuentas médicas incurridas durante los 3 meses anteriores a su solicitud para el SSI/SSP hasta este momento?  Sí  No  
 Si es así, indíquelas debajo:

Fecha del Servicio	Doctor/Hospital/Farmacia/Otro	Cantidad

**AVISO EN CUANTO A LA DISCRIMINACION** – Esta información será evaluada sin tomar en consideración la raza, el estado civil el sexo, las incapacidades, el credo religioso, el antecedente étnico, el origen nacional, las creencias políticas o la edad.

**CAMBIOS** – Estoy de acuerdo en informar inmediatamente a la agencia sobre cualquier cambio de circunstancias, de acuerdo a mis mejores conocimientos o creencias.

**ASIGNACION DEL SEGURO Y DE OTROS BENEFICIOS** – Yo presentaré cualquier demanda concerniente a los beneficios del seguro de salud o del seguro de accidente o cualquier otro recurso al que yo teng derecho, y por lo tanto asigno dichos recursos al funcionario de Servicios Sociales a quien se provee esta información. Además, yo ayudaré en la realización de cualquier asignación de beneficios o recursos al funcionario de Servicios Sociales a quien se dirige este formulario.

**PAGO DIRECTO** – Yo autorizo a que el pago de los beneficios de mi seguro de salud o seguro de accidente se haga directamente al oficial de servicios Sociales indicado para los servicios médicos y otros servicios de salud prestados a mi persona mientras sea elegible para recibir la Asistencia Médica.

**MEDICAR** – Yo autorizo a que los pagos bajo “Medicare” (Parte B del Título XVIII, Programa del Seguro Médico Suplementario) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de servicios médicos respecto a toda cuenta futura sin pagar por servicios médicos y otros servicios de salud prestados a mi persona mientras sea elegible para recibir la Asistencia Médica.

**INFORMACION RESPECTO A GRAVAMENES (DERECHOS DE RETENCION) Y RECOBROS** – Si usted recibe Asistencia Médica, puede ser que se presente un derecho de retención y se efectúe un recobro con respecto a su propiedad real bajo ciertas circunstancias si usted está en una institución médica y no se espera que usted regrese a su hogar. Sin embargo, no se presentará un derecho de retención contra su casa si una de las siguientes personas está viviendo en su hogar: su esposo(a); su hijo(a) quien es menor de 21 años de edad o ciego(a) certificado(a) o incapacitado(a); su hermano(a), si él/ella tiene derecho a parte de su casa y vivió allí por lo menos un año inmediatamente antes de que usted se fue a una institución medica. Además, cualquier derecho de retención presentado contra su propiedad real será eliminado si usted regresa de la institución a su hogar.

Se podrá efectuar un recobro de sus bienes raíces para la Asistencia Médica que usted recibió cuando usted tenía 55 años de edad o más. Sin embargo, no se podrá realizar un recobro cuando a usted le sobreviva su esposo(a) o un hijo(a) quien es menor de 21 años de edad o es ciego(a) certificado(a) o incapacitado(a).

La Asistencia Médica pagada en su favor puede ser recobrada de personas que tenían responsabilidad legal por su mantención en el momento en que se obtuvieron los servicios.

X \_\_\_\_\_ FIRMA DEL BENEFICIARIO(A)/REPRESENTANTE DEL SSI/SSP \_\_\_\_\_ FIRMADO \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ ESPOSO(A)/REPRESENTANTE PROTECTOR \_\_\_\_\_ FIRMADO \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA ESTE FORMULARIO CUIDADOSAMENTE Y ASEGURESE DE FIRMAR SU NOMBRE.  
 DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LA CARTA ADJUNTA A LA OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES DE SU DISTRITO.**