

# Solicitud de Medicaid y Programa de Ahorros de Medicare de Georgia para los beneficiarios calificados

(QMB - pago de primas, coseguros, y deducibles;  
SLMB - pago de la prima de Parte B; y QI-1 - pago de la prima de Parte B)

## INSTRUCCIONES:

1. Lea la solicitud con atención y responda cada pregunta de manera apropiada. Adjunte hojas adicionales si es necesario.
2. **Firme y envíe la solicitud por correo a:** \_\_\_\_\_ DFCS del condado  
(Envíe por correo o entregue la solicitud a la oficina del DFCS en \_\_\_\_\_  
su condado de residencia) \_\_\_\_\_  
A la atención de: \_\_\_\_\_
3. Es posible que sea necesaria una entrevista por teléfono para estos programas. Asegúrese de ingresar el número de teléfono a continuación.
4. Un especialista de Medicaid del DFCS revisará esta solicitud. Si parece que puede ser elegible para recibir la cobertura completa de Medicaid, el especialista de Medicaid se comunicará con usted para obtener más información y verificaciones.
5. **Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente al marcar 711 (Retransmisión de Georgia).**

## INFORMACIÓN PERSONAL: Alguien puede ayudarle a completar esta solicitud.

Nombre del/de la solicitante (Apellido, nombre, segundo nombre)	Si desea nombrar a una persona para que actúe en su nombre, complete la siguiente información:
Dirección postal	Nombre de la persona (apellido, nombre) o de la organización
Calle	Dirección postal
Ciudad Estado Código postal	Ciudad Estado
Es propietario/está comprando una vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Código postal
Teléfono Condado	Teléfono:
Dirección de correo electrónico	Dirección de correo electrónico
Institución de cuidados (si corresponde)	Relación con la persona
Comunicación por correo electrónico: Sí___ o No___ (opcional)* Mensajes de texto: Sí o No (opcional)* ¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí___ o No	Comunicación por correo electrónico: Sí___ o No___ (opcional)* Mensajes de texto: Sí o No (opcional)* ¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí o No
<b>Tareas del/de la representante autorizado/a</b> Firmar la solicitud en nombre del/de la solicitante <input type="checkbox"/>	

Completar y enviar el formulario de renovación  Recibir copias de los avisos y otras comunicaciones

**COMPLETE ESTA INFORMACIÓN PARA USTED Y SU CÓNYUGE.**

Nombre (propio):  Nombre de soltera/otro(s) nombre(s):	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Ciudadano/a estadounidense, nacional estadounidense, o inmigrante calificado/a  (Sí o no)	Número de Seguro Social	Estado civil
Nombre (cónyuge):  Nombre de soltera/otro(s) nombre(s):						

**Si usted u otros solicitantes de la unidad familiar son personas ciudadanas naturalizadas o extranjeras/inmigrantes calificadas, complete la siguiente tabla.**

NOMBRE		Tipo de documento de inmigración	Extranjero/Número de certificado	¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?	¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.?
Nombre	Inicial del segundo Apellido nombre			(Sí/No)	(Sí/No)

¿Está realizando una solicitud también para su cónyuge?  Sí  No

¿Es usted una persona ciega o discapacitada?  Sí  No - ¿Su cónyuge es una persona ciega o discapacitada?  
 Sí  No

Para el/la solicitante:

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde): ¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí\_\_ No \_\_\_ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):  
Intérprete de la lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; Letra grande \_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; Braille \_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_; Intérprete de habla con clave \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; Otra: \_\_\_\_\_  
¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_ o permanentemente \_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Para los/as representantes autorizados/as:

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los/as representantes autorizados/as (si corresponde):  
¿El/la representante autorizado/a tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí\_\_ No \_\_\_ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):  
Intérprete de la lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; Letra grande \_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; Braille \_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_; Intérprete de habla con clave \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; Otra: \_\_\_\_\_

¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_ o permanentemente \_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia. \_\_\_\_\_

**TIPO DE ALOJAMIENTO:** Marque la(s) casilla(s) que mejor describa(n) su situación actual.

Vive en vivienda propia	Institución de cuidados	Vivienda de otra persona	Hospicio	Hospital	Katie Beckett	Cuidados comunitarios	Vivienda asistida	Otro/ Alquiler
	Fecha de admisión:			Fecha de admisión:		Fecha de admisión:		

**SEGURO MÉDICO:**

¿Tiene Medicare? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Está inscrito/a en un programa Medicare HMO o de medicamentos de Medicare? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> <b>Parte A</b> (hospital) <input type="checkbox"/> <b>Parte B</b> (médico) <input type="checkbox"/> <b>Parte C</b> (Beneficio) <input type="checkbox"/> <b>Parte D</b> (Recetas)	Fecha de entrada en vigor: _____ Número de Medicare: _____	¿Ha recibido la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) alguna vez? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Si la respuesta es sí, ¿cuándo finalizó?
¿Su cónyuge tiene Medicare? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> <b>Parte A</b> <input type="checkbox"/> <b>Parte B</b> <input type="checkbox"/> <b>Parte C</b> <input type="checkbox"/> <b>Parte D</b>	Fecha de entrada en vigor: _____ Número de Medicare: _____	¿Su cónyuge ha recibido alguna vez la SSI? <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Si la respuesta es sí, ¿cuándo finalizó?

¿Tiene otro seguro médico?  **Sí**  **No**

¿Su cónyuge tiene otro seguro médico?  **Sí**  **No**

Si respondió afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, complete la siguiente información:

	Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguro médico	Tipo de cobertura (hospitalaria, complemento de Medicare, medicamentos, médica importante)	Fecha de entrada en vigor	Número de póliza
Usted				
Cónyuge				

**Adjunte copias (del anverso y reverso) de las tarjetas de Medicare y del seguro, si corresponde.**

**BIENES INMUEBLES:** ¿Es propietario/a total o parcial de algún inmueble en el que no vive?  **Sí**  **No**  
 Si la respuesta es sí, complete lo siguiente para cada bien inmueble. **No incluya la vivienda o casa rodante en la que vive.**

Dirección	Valor	Monto adeudado

¿Usted o su cónyuge son dueños de un automóvil, camión, bote, caravana, remolque utilitario, vehículo recreativo, etc.?

**Sí**  **No** Si la respuesta es sí, complete la siguiente información sobre cada vehículo. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Tipo	Año	Marca	Modelo	Valor	Monto adeudado

**RECURSOS:** Marque todos los recursos (bienes) de su propiedad, de su cónyuge o de propiedad conjunta con otra persona. Incluya cualquier cuenta o propiedad en la que aparezca(n) su(s) nombre(s). Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Usted o su cónyuge tiene alguno de los siguientes recursos?

Cuenta corriente  **Sí**  **No** Planes funerarios/ artículo funerario prepago  **Sí**  **No**  
 Cuenta de ahorros  **Sí**  **No** Terrenos o contratos funerarios  **Sí**  **No**  
 Bonos del gobierno  **Sí**  **No** Acciones y bonos  **Sí**  **No**  
 Fondos fiduciarios  **Sí**  **No** Otros (IRA, CD, letra de cambio, etc.)  **Sí**  **No**

Si respondió afirmativamente a alguna de estas preguntas, descríbalas a continuación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Tipo de recurso	Número de cuenta/póliza	Valor	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Propietario/a de la póliza	Compañía de seguros	Número de póliza	Valor nominal	Valor monetario

**INGRESOS Y GANANCIAS:** Indique todos los tipos de ingresos y ganancias que reciben usted y su cónyuge. Indique el monto de los ingresos antes de realizar las deducciones (como impuestos, seguros o primas de Medicare). Adjunte hojas adicionales si es necesario. Los ingresos incluyen, entre otros:

Seguro Social	SSI	Salarios/Trabajo por cuenta propia
Beneficios de jubilación para trabajadores ferroviarios		Beneficios para veteranos
Pagos de pensiones de fideicomisos o anualidades		Beneficios de jubilación
Ingresos por alquiler pagados a usted		Regalías Petroleras/Derechos Minerales

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Tipo de ingreso	Fuente del ingreso o nombre del empleador	Monto	¿Con qué frecuencia lo recibe? (semanal, mensual, etc.)	Número de reclamo (si corresponde)

¿Es usted un veterano?  Sí  No ¿Su cónyuge es un veterano?  Sí  No

¿Dónde trabajaron usted y su cónyuge anteriormente? \_\_\_\_\_

¿Usted o su cónyuge tienen facturas médicas pendientes de pago?  Sí  No

### **POLÍTICA DE PRIVACIDAD:**

Las leyes y reglamentos federales y estatales limitan el uso y la divulgación de información confidencial sobre los solicitantes y los destinatarios de todos los programas de la agencia para los propósitos directamente relacionados con la administración de estos programas.

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

---

### **CESIÓN DE DERECHOS DE PAGO POR ASISTENCIA MÉDICA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS:**

(Si presenta la solicitud en nombre de otra persona y no tiene el poder de ejecutar una cesión para esa persona, la persona deberá ejecutar una cesión de los derechos que se describen a continuación, como condición de su elegibilidad para los beneficios cubiertos por esta aplicación.)

**Como condición de mi elegibilidad, acepto ceder al Estado todos los derechos a la atención médica y al pago de la asistencia médica por parte de cualquier tercero (beneficios hospitalarios y médicos).** Acepto cooperar con el estado para identificar y proporcionar información para ayudar al estado en la búsqueda de cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar la atención y los servicios. Entiendo que debo informar cualquier pago recibido por atención médica dentro de los diez días.

---

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y DE ACUERDO DEL/DE LA SOLICITANTE:**

Entiendo que, al firmar esta solicitud, acepto que se realice una investigación o revisión completa de mi elegibilidad por parte de funcionarios estatales o federales. Esto puede incluir consultas con empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras y otras personas comerciales y profesionales, y la revisión de los registros de cualquier agencia. También acepto que mi solicitud autoriza a estos organismos a divulgar a esta agencia la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Acepto proporcionar los documentos necesarios para establecer la elegibilidad. Si los documentos no están disponibles, acepto dar el nombre de la persona u organización de la cual esta agencia puede obtener la prueba necesaria.

Entiendo que cada persona que recibe asistencia debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social. Autorizo el uso de mi (nuestro) Número de Seguro Social para propósitos tales como identificación, revisiones o auditorías de programas, y comparación por computadora con otras agencias e instituciones como bancos, asociaciones de ahorro y préstamo y otras agencias gubernamentales, incluido el Servicio de Impuestos Internos, para verificar la elegibilidad para recibir la asistencia.

Entiendo que mi solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión u origen nacional. Entiendo que puedo solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia respecto a mi caso y que puedo ser representado por cualquier persona que elija.

Entiendo que los miembros de Medicaid que en el momento de su fallecimiento eran pacientes hospitalizados en una institución de cuidados, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales u otra institución médica y cuya atención médica fue pagada por Medicaid, estarán sujetos al Programa de Recuperación del Patrimonio de Medicaid.

Entiendo que los miembros de Medicaid que en el momento de su fallecimiento tenían 55 años de edad o más están sujetos al Programa de Recuperación del Patrimonio de Medicaid, pero solo para los servicios médicos que consisten en servicios por parte de instituciones de cuidados, servicios de cuidado personal, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados que se brindan a los miembros en las instituciones de cuidados o que reciben servicios en el hogar y en la comunidad cuando recibieron servicios en el hogar y en la comunidad, o están inscritos y reciben servicios a través de un programa de exención. Acuso recibo de una notificación por escrito de que los pagos de asistencia médica realizados en mi nombre pueden recuperarse de mi patrimonio después de mi fallecimiento.

---

**EL(LOS) SOLICITANTE(S) O EL/LA REPRESENTANTE DEBE LEER Y FIRMAR:**

Certifico que yo (o si presento la solicitud para mi cónyuge, mi cónyuge y yo) soy ciudadano/a estadounidense, nacional estadounidense o extranjero/a calificado. Si esta solicitud se presenta en nombre de otra persona u otras personas, los solicitantes reales deberán realizar esta certificación.

Las leyes estatales y federales establecen multas, prisión o ambas para cualquier persona que oculte o proporcione información falsa para obtener una asistencia a la que no tiene derecho. Entiendo las preguntas de esta solicitud y certifico, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada por mí en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Acepto notificar a esta agencia sobre cambios en mis ingresos, recursos, o tipos de alojamiento, que podrían afectar mi derecho a recibir asistencia.

<b>Firma del/de la solicitante o representante:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del/de la cónyuge del/de la solicitante o representante:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Escriba el nombre del/de la solicitante o representante:</b>	<b>Relación con el/la solicitante:</b>
<b>Escriba el nombre del/de la cónyuge del/de la solicitante o representante:</b>	<b>Relación con el/la cónyuge del/de la solicitante:</b>

## INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE

Si no está registrado/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse para votar aquí en la actualidad?

Sí

No

No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador/a del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**

---

Para denunciar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al (404) 463-7590 (local) o al (800) 533-0686 (línea gratuita); por correo electrónico a [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## **Aviso de derechos de la ADA / Sección 504**

### **Ayuda para personas con discapacidades**

La ley federal \* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad o en cargas financieras y administrativas indebidas.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación**

Comuníquese con su administrador/a del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con el/la administrador/a del caso o llamar al DFCS al (877) 423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al (678) 248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de DFCS, que está disponible en su oficina local de DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el Formulario de solicitud de modificación razonable de ADA del DCH por parte del equipo de KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

### **Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede presentar un reclamo oralmente o por escrito comunicándose con su administrador/a del caso, su oficina local de DFCS o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA / Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB, ADA/ Sección 504 en 2211 Beaver Run Road Suite 150, Norcross, GA, 30071, o el apartado postal 172, Norcross, GA 30071, (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedirle a su administrador/a del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comunique con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es el siguiente: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

*\* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén exentas de discriminación ilegal.*

Conforme al DHS, puede presentar un reclamo por discriminación al contactar a su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, por sus siglas en inglés) o al/a la coordinador/a de los derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Para presentar reclamos por una supuesta discriminación por motivos de conocimientos limitados del inglés, contáctese con el Programa de Conocimiento Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746 (voz).