

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE BENEFICIARIOS ELEGIBLES DE MEDICARE (QMB), BENEFICIARIOS ESPECÍFICOS DE BAJOS INGRESOS DE MEDICARE (SLMB) E INDIVIDUOS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS (QI)

Nombre		Número del Seguro Social		Número de Medicare		Fecha
Número de teléfono (        )		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Dirección (número, calle)			Ciudad		Estado	Código postal

Esta información es para ayudarle a solicitar beneficios para el Programa de Beneficiarios Elegibles de Medicare (*Qualified Medicare Beneficiary - QMB*), para el de Beneficiarios Específicos de Bajos Ingresos de Medicare (*Specified Low-Income Medicare Beneficiary - SLMB*), o para el de Individuos que Reúnen los Requisitos 1 (*Qualifying Individual-1 - QI-1*). El Estado pagará las primas de las Partes A y B de Medicare, las cantidades deducibles y las cuotas de seguro conjunto a las personas que reúnan los requisitos para el programa de *QMB*. El Estado pagará las primas de la Parte B de Medicare a las personas que reúnan los requisitos para los programas de *SLMB* o *QI-1*. Usted puede solicitar beneficios del *QMB*, *SLMB* o *QI-1*, completando y enviando este formulario por correo a su agencia local de servicios sociales del condado.

A fin de reunir los requisitos para recibir beneficios del *QMB*, *SLMB* o *QI-1*, usted tiene que:

- Reunir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- Reunir los requisitos para recibir la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Cumplir con los requisitos de ingresos a continuación:
  - **QMB:** Ingresos contables netos al o por debajo del 100% del Nivel Federal de Pobreza (*Federal Poverty Level - FPL*) (a o menos de \$908\* por persona soltera, o \$1,226\* por pareja).
  - **SLMB:** Ingresos contables netos por debajo del 120% del *FPL* (menos de \$1,089\* por persona soltera, o \$1,471\* por pareja).
  - **QI-1:** Ingresos contables netos por debajo del 135% del *FPL* (menos de \$1,226\* por persona soltera, o \$1,655\* por pareja).
- \* Si usted tiene un(a) niño(a) que vive en el hogar con usted, estas cantidades podrían ser más altas. Se espera que estas cantidades aumenten cada año en abril. Si usted recibió un ajuste por el costo de vida, del Título II del Seguro Social, en enero, esta cantidad no se tomará en cuenta hasta abril.
- Tener un máximo de \$6,680, en bienes no exentos por persona soltera, o \$10,020 por pareja.
- Cumplir con ciertos requisitos y condiciones, tales como ser residente de California.

**IMPORTANTE:**

Es posible que usted reúna los requisitos para otros programas de Medi-Cal, aparte de los programas del *QMB* y *SLMB*, como cupones para comida o Medi-Cal, con un gasto mensual (parte del costo). Además, es posible que usted reúna los requisitos para Medi-Cal con una parte del costo mensual, si usted **sobrepasa** los límites de ingresos de los programas de *QMB*, *SLMB* y *QI-1*. Esta cobertura incluiría el pago de la prima de la Parte B de Medicare. Si usted desea solicitar beneficios para estos otros programas, marque sí, y el condado le enviará otros formularios para que los complete.  Sí  No

¿Desea solicitar para tres meses de cobertura retroactiva para los programas de *SLMB* y *QI-1*?  Sí  No  
(No hay cobertura retroactiva para el *QMB*).

**Enumere a todas las personas que vivan en su hogar (cónyuge/niños).** Si más de tres personas viven con usted, puede enumerarlas en una hoja por separado.

Nombre	Número del Seguro Social	Sexo H=Hombre M=Mujer	Fecha de Nacimiento	Parentesco con Usted

**ENVÍE POR CORREO SU FORMULARIO COMPLETO A SU AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO.  
(LAS DIRECCIONES SE INDICAN EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO)**

**A. INGRESOS CONTABLES**

**1. Anote los rendimientos MENSUALES del capital recibido por el/la solicitante como QMB/SLMB/QI-1:**

- a. Cheque del Seguro Social \$ \_\_\_\_\_
- b. Beneficios de la VA (Adm. de Beneficios para Veteranos) \$ \_\_\_\_\_
- c. Intereses de cuentas bancarias o de certificado(s) de depósito \$ \_\_\_\_\_
- d. Pensión de jubilación \$ \_\_\_\_\_
- e. Cualquier otro rendimiento de capital \$ \_\_\_\_\_
- f. Total de RENDIMIENTOS DEL CAPITAL—sume las líneas a. a la e. \$ \_\_\_\_\_

**2. Si está casado(a) y vive con su CÓNYUGE, anote los rendimientos MENSUALES del capital recibidos por su cónyuge:**

- g. Cheque del Seguro Social \$ \_\_\_\_\_
- h. Beneficios de la VA (Adm. de Beneficios para Veteranos) \$ \_\_\_\_\_
- i. Intereses de cuentas bancarias o de certificado(s) de depósito \$ \_\_\_\_\_
- j. Cualquier otro rendimiento de capital \$ \_\_\_\_\_
- k. Pensión de jubilación \$ \_\_\_\_\_
- l. Total de RENDIMIENTOS DEL CAPITAL DEL/DE LA CÓNYUGE —sume las líneas g. a la k. \_\_\_\_\_ \$

**3. Anote los rendimientos MENSUALES del capital recibido por el/la solicitante y su cónyuge como QMB/SLMB/QI:**

- m. Ingresos brutos de la persona que quiere ser QMB, SLMB o QI-1 \$ \_\_\_\_\_
- n. Ingresos brutos del/de la cónyuge \$ \_\_\_\_\_
- o. Total—sume las líneas m. y n. \$ \_\_\_\_\_
- p. Reste \$65 \$ \_\_\_\_\_
- q. Saldo \$ \_\_\_\_\_
- r. Divida entre 2 \$ \_\_\_\_\_
- s. Total de RENDIMIENTOS DEL CAPITAL—  
sume las líneas f., l.y r. \$ \_\_\_\_\_

COUNTY USE	
Applicant's unearned income (line f)	\$ _____
Spouse's unearned income (line l)	+ _____
_____	
Any income deduction	- _____
Net unearned income	_____
Net earned income (line r)	+ _____
_____	
Total net income	_____
MFBU size	_____
Compare to QMB/SLMB/QI-1/QI-2 income limit.	
If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.	

**4. Posibles personas que reúnen los requisitos como QMB, SLMB o QI-1:**

- Posiblemente reúna los requisitos para ser QMB, si sus ingresos están al o por debajo del 100% del FPL (\$908\* por persona soltera, o \$1,226\* por pareja).
- Posiblemente reúna los requisitos para ser SLMB, si sus ingresos están por debajo del 120% del FPL (menos de \$1,089\* por persona soltera, o menos de \$1,471\* por pareja).
- Posiblemente reúna los requisitos para ser QI-1, si sus ingresos están por debajo del 135% del FPL (menos de \$1,226\* por persona soltera, o menos de \$1,655\* por pareja).

\* Si un(a) niño(a) vive en el hogar con usted, es posible que estas cantidades sean mayores.

**B. BIENES**

Un(a) *QMB, SLMB* o *QI-1*, que no esté casado(a), o que no viva con su cónyuge, puede tener bienes contables equivalentes a, o menores de \$4,000. Un(a) *QMB, SLMB* o *QI-1*, que esté casado(a), y que viva con su cónyuge, tiene que tener bienes equivalentes a, o menores de \$6,000.

A continuación se le proporcionan algunos ejemplos de bienes contables. **Importante:** La casa en que usted o su cónyuge vivan **no** cuenta. Un automóvil que se use como transporte **no** cuenta. Si usted solicita beneficios del departamento de asistencia pública del condado como *QMB, SLMB* o *QI-1*, es posible que el condado considere los bienes enumerados en este formulario de manera diferente. Existen otras clases de bienes que el departamento de asistencia pública del condado también tendrá en cuenta, como por ejemplo certificados de depósito. Estos otros bienes **podrían** contar o **no** en lo referente al límite de bienes.

Anote el valor de los siguientes bienes que le pertenezcan a usted, a su cónyuge o a ambos.

- 1. Cuentas corrientes \$ \_\_\_\_\_
- 2. Cuentas de ahorros \$ \_\_\_\_\_
- 3. Certificado(s) de depósito \$ \_\_\_\_\_
- 4. Acciones o valores \$ \_\_\_\_\_
- 5. Bonos u obligaciones \$ \_\_\_\_\_
- 6. Un segundo automóvil (valor menos la cantidad que aún debe) \$ \_\_\_\_\_
- 7. Una segunda casa (valor menos la cantidad que aún debe) \$ \_\_\_\_\_
- 8. El valor de rescate en efectivo de las pólizas de seguro de vida, si el valor nominal de **todas** las pólizas combinadas excede los \$1,500 (No incluya las pólizas de seguro "a plazos") \$ \_\_\_\_\_
- 9. Total de BIENES—sume las líneas 1 a 8 \*\*\$ \_\_\_\_\_

**COUNTY USE**

\*\* Este total no puede exceder los \$6,680 por persona soltera, o los \$10,020 por pareja.

**Información adicional:** Es posible que reúna los requisitos para recibir **un máximo de tres meses de cobertura retroactiva** de sus primas de la Parte B de Medicare, bajo los programas de *SLMB* y *QI*.

**NOTA:** Las personas inscritas en el programa tradicional de Medi-Cal, además de los programas de *QMB/SLMB/QI*, podrían estar sujetas a la Recuperación de Patrimonio Sucesorio. El Estado podría recuperar los beneficios de Medi-Cal, que recibió una persona después de los 55 años de edad. La recuperación podría hacerse del patrimonio sucesorio o del/de la heredero(a) del beneficiario de Medi-Cal, si al beneficiario no le sobreviven su cónyuge, hijos menores o un(a) hijo(a) totalmente incapacitado(a) o ciego(a). **Sin embargo, las personas inscritas solamente en los programas de *QMB/SLMB/QI*, no están sujetas a la Recuperación de Patrimonio Sucesorio.**

**Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica y del Estado de California, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera, correcta y completa.**

Firma (o huella) del/de la solicitante	Fecha
➤	

<b>COUNTY USE</b>			
<input type="checkbox"/> <i>QMB</i> approved	<input type="checkbox"/> <i>SLMB</i> approved	<input type="checkbox"/> <i>QI-1</i> approved	<input type="checkbox"/> <i>QMB/SLMB/QI-1</i> denied

Firma del/de la Trabajador(a) de Elegibilidad	Fecha
➤	

**Declaración sobre la Privacidad**

Esta información proporcionada en esta solicitud es privada y confidencial, conforme a la Sección 14100.2, del Código de Asistencia Pública e Instituciones. Esta información se revelará únicamente en conformidad con esas leyes.

Las secciones 14011 y 14012, del Código de Asistencia Pública e Instituciones, permite que los departamentos de asistencia pública del condado obtengan cierta información de usted, o de la(s) persona(s) que usted represente, para que puedan obtener beneficios de Medi-Cal. Usted tiene que proporcionar estos datos para que Medi-Cal pague todos o parte de sus costos de Medicare. A usted se le exige proporcionar su Número de Seguro Social, conforme a la Sección 1137(a)(1), de la Ley del Seguro Social, y a la Sección 14011.2, del Código de Asistencia Pública e Instituciones.