



W-1QMBS  
(Rev 8/16)

## Departamento de Servicios Sociales de Estado de Connecticut

### Solicitud para los programas de ahorros de Medicare (QMB, SLMB, ALMB)

*Utilice este formulario para solicitar los beneficios del Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program). Si usted ya recibe los beneficios actualmente y necesita renovar, por favor utilice el formulario de renovación del programa de ahorros de Medicare (W-1QMBS).*

¿Necesita un acomodo razonable o ayuda especial en rellenar la solicitud a raíz de una discapacidad?  Sí  No  
(De contestar "sí", rellene la próxima sección y pase a la página 3 para información en cómo le podemos ayudar.)

Si necesita un acomodo razonable o ayuda especial, díganos qué tipo de ayuda necesita:

### Cuéntenos algo sobre usted

Nombre	2 <sup>do</sup> nombre	Apellido	Sexo	N° de seguro social	Fecha de Nacimiento
Dirección del domicilio			Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)			Ciudad	Estado	Código postal
Mejor teléfono al que llamarle		Estado civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Soltero, nunca casado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Esta solicitud es para (marque uno): <input type="checkbox"/> Usted solamente <input type="checkbox"/> Usted y su cónyuge			Nombre de su cónyuge (nombre, segundo nombre, apellido)		
			Número de seguro social de su cónyuge		Fecha de Nacimiento de su cónyuge

El título VI de la ley de los derechos civiles del 1964 nos permite preguntar sobre su raza o etnicidad. No está obligado a compartir esta información. Esta información se utiliza para asegurarnos de que estemos cumpliendo con la ley federal de los derechos civiles. Si no desea compartir dicha información, no afectará su solicitud.

¿Es usted de origen étnico hispano/latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si respondió sí, marque todos que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Otro hispano/latino o español		
Origen racial (marque todos que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o de Alaska					
<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática
<input type="checkbox"/> Indígena hawaiana	<input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra	<input type="checkbox"/> Samoana	<input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico		

### Cuéntenos sobre su estado inmigratorio

	¿Es usted ciudadano de los EEUU? (Marque uno)	De no serlo, ¿cuál es su estado inmigratorio? (refugiado, inmigrante condicional, residente permanente, etc.)	¿Cuál es su número de tarjeta de residente?	¿Cuál es su país de origen?	¿Cuáles son la fecha y el puerto de su entrada a este país?	¿Cuál es el nombre de su patrocinador? (si corresponde)
Usted	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Su cónyuge	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					



## Cuéntenos sobre su seguro médico

Marque si usted tiene Medicare parte A  o parte B . Marque si su cónyuge tiene Medicare parte A  o parte B

Su seguro	El seguro de su cónyuge
# de Demanda De Medicare _____	# de Demanda De Medicare _____
El seguro privado, de tenerlo:	El seguro privado, de tenerlo:
Nombre de la aseguradora: _____	Nombre de la aseguradora: _____
N.º de Póliza: _____	N.º de Póliza: _____
N.º del grupo: _____	N.º del grupo: _____
Marque los servicios que cubre:	Marque los servicios que cubre:
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Médico/Cirugía <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión/Óptico	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Médico/Cirugía <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión/Óptico
<input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Cuidados a largo plazo	<input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Cuidados a largo plazo
Fecha de inicio/póliza: _____ Caduca el: _____	Fecha de inicio/póliza: _____ Caduca el: _____
Importe de la prima: \$ _____ por _____	Importe de la prima: \$ _____ por _____
Fecha que empezó a pagar esta prima: _____	Fecha que empezó a pagar esta prima: _____

## Cuéntenos sobre sus ingresos

Enumere todos los ingresos que usted y su cónyuge reciben. Enumere los importes **antes** de tomar las deducciones. Unos ejemplos de fuentes de ingresos son: la seguridad social, la seguridad de ingreso suplementario (SSI), sueldos, pensiones, beneficios por la discapacidad, compensación del trabajador, compensación por el desempleo, intereses, dividendos, ingresos de alquiler, manutención del excónyuge, y manutención de los menores.

Sus ingresos			Los ingresos de su cónyuge		
¿De dónde provienen los ingresos?	¿Cuánto recibe?	¿Con cuanta frecuencia? (por hora, semana, quincenal, mensual, anual)	¿De dónde provienen los ingresos?	¿Cuánto recibe?	¿Con cuanta frecuencia? (por hora, semana, quincenal, mensual, anual)
Sueldo (nombre del empleador):	\$		Sueldo (nombre del empleador):	\$	
Intereses:	\$		Intereses:	\$	
Seguro Social (tipo):	\$		Seguro Social (tipo):	\$	
Pensión (nombre de la compañía):	\$		Pensión (nombre de la compañía):	\$	
IRA <sup>1</sup> (nombre del banco):	\$		IRA <sup>1</sup> (nombre del banco):	\$	
Otro (describir):	\$		Otro (describir):	\$	

<sup>1</sup> Plan de jubilación individual (IRA, por sus siglas en inglés)

## Información importante que debe saber sobre su solicitud



- Esta solicitud es únicamente para solicitar ayuda del programa de ahorros de Medicare.
- Toda la información dada en esta solicitud es confidencial y será usada únicamente para administrar los programas y sólo se compartirá según lo permitido por las leyes vigentes.
- Los números de la seguridad social de todos los individuos recibiendo o solicitando asistencia serán usados para verificar la identidad y elegibilidad de los mismos. Los números de la seguridad social se comprobarán con las bases de datos gubernamentales, según lo permitido por las leyes vigentes.
- La información dada en este formulario se puede verificar en la medida permitida por las leyes vigentes, incluyendo el comprobar con las bases de datos gubernamentales o directamente con terceras partes tales como empleadores y bancos.

## Si necesita un acomodo razonable o ayuda especial

Si hay algo que le pidamos hacer que no puede hacer por razón de una discapacidad, puede solicitar un acomodo razonable o ayuda especial. Por ejemplo, puede que podamos completar su solicitud por teléfono si no puede acudir a nuestras oficinas personalmente, ayudarle a conseguir pruebas concretas, o darle tiempo de más para proporcionar la información. Comuníquese con el DSS al 1-855-626-6632 para solicitar un acomodo razonable o ayuda especial. Si no acordamos darle un acomodo razonable o ayuda especial, puede presentar una queja ante el coordinador del Americans with Disabilities Act (ADA) [*La ley sobre estadounidenses con discapacidades*] del departamento. Vea la declaración de no discriminación en la página 4.

## Por favor, lea detenidamente y firme a continuación

- Yo le autorizo al DSS o cualquier compañía de seguro médico, proveedor de atenciones médicas o cualquier otra entidad proporcionándome a mi o mi familia con servicios bajo el programa Medicare a compartir información sobre mi o mi familia según sea necesario para la prestación de los servicios del programa Medicare y la administración del programa Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes.
- Yo le autorizo al DSS a compartir mi nombre y otra información con aquellos programas que ayudan con los gastos energéticos para mi hogar. Estos programas utilizarán mi información únicamente para determinar si soy elegible para estos beneficios y poder ofrecerme dichos beneficios.
- Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información contenida en este formulario es a mi mejor saber la verdad y está completa. Entiendo que se me puede enjuiciar bajo las leyes del código penal o civil por haber conscientemente dado cualquier información incorrecta o por la falta de informar sobre algo que debo informar.

## La persona que le ayudó a rellenar este formulario o que lo rellenó por usted también ha de firmar.

Firma del solicitante	Fecha	Firma del cónyuge del solicitante	Fecha
Firma del ayudante o agente	Fecha	Relación con el solicitante	

## Autorización para compartir información

Para permitir que el DSS comparta información de su solicitud, por favor identifique los individuos, las agencias o instituciones con quienes el DSS se puede comunicar, y firme en la casilla:			
1	Nombre:	Nº de teléfono:	
	Dirección:		
2	Nombre:	Nº de teléfono:	
	Dirección:		
Firma del solicitante o agente debidamente autorizado			Fecha



## **DECLARACIÓN DE LA NO DISCRIMINACIÓN**

**Puede presentar quejas de discriminación o solicitar acomodados razonables siguiendo el proceso detallado a continuación:**

Usted tiene el derecho de presentar una queja si piensa que se ha tomado una decisión en su contra basado en su raza, color, religión, sexo, identidad o expresión de género, estado civil, edad, origen nacional, linaje, ideas políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad del aprendizaje, o discapacidad física, incluyendo pero no limitándose a la ceguera.

Todo individuo con una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando éste sea necesario para poder acceder a la oportunidad igual y significativa de participar en los programas administrados por el departamento.

Si solicitó un acomodo o ayuda especial y se la negamos, puede presentar una queja ante el director de la división de Discriminación positiva (*Affirmative Action*) del departamento o cualquiera de las agencias enumeradas a continuación:

### **El Comisionado de Servicios Sociales**

**Attn: Affirmative Action Division Director/ADA Coordinator**

55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105

Tel: 1-860-424-5040 N° gratuito: 1-800-842-1508

TDD: 1-800-842-4524 Fax: 1-860-424-4948

### **La Comisión sobre los Derechos Humanos y Oportunidades de Connecticut**

25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106

Tel: 1-860-541-3400 N° gratuito: 1-800-477-5737

TDD: 1-860-541-3459 Fax: 1-860-246-5265

Web: <http://www.ct.gov/chro/site/default.asp>

### **El Dpto. de Salud y Servicios Humanos, la oficina de los derechos civiles**

JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA 02203

Tel: 1-617-565-1340 N° gratuito: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697 Fax: 1-617-565-3809

Web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Aquellas personas sordas o que padecen de problemas de la audición y tienen un dispositivo TTD/TTY pueden comunicarse con el DSS al 1-800-842-4524. Aquellas personas ciegas o que padecen de un impedimento de la vista pueden comunicarse con el DSS al 1-860-424-5040.





ED-682S  
(Rev. 9/15)

## ¿QUIERE REGISTRARSE PARA VOTAR?

Las leyes federales y estatales requieren que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) le dé la oportunidad de registrarse como votante. Por favor conteste las preguntas abajo y ponga su nombre en letra de molde y su firma en el espacio indicado.

- ¿Está usted inscrito(a) como votante?  Sí, ya estoy inscrito(a)  No
- Si no está inscrito(a) para vota donde reside ahora, ¿quiere inscribirse como votante aquí ahora?  Sí  No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

El hecho de solicitar o no solicitar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que será proporcionada a usted por esta agencia.

Si quiere ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o recibir ayuda depende de usted. Usted puede llenar la solicitud en privado.

Se puede registrar en línea al <https://voterregistration.ct.gov/OLVR>, o puede llenar una solicitud en papel de inscripción de votante y dejara en DSS o enviarla por correo. El formulario se incluye con solicitudes de DSS que le enviemos, y también se pueden conseguir en todas las oficinas del DSS. Puede enviar su formulario llenado al DSS en el sobre adjunto, o enviarlo directamente a su Ayuntamiento Municipal. Si necesita ayuda, por favor llame al 1-855-626-6632.

Su nombre, en letra de molde	Su firma	Fecha	
Su dirección (no. de calle, y apartamento)	Ciudad	Estado	Zona postal

Para uso del trabajador solamente

Date \_\_\_\_\_  No boxes checked  Voter Registration Card sent

Worker Name \_\_\_\_\_ Worker Number \_\_\_\_\_

-----  
(Rasgue aquí y guárdese)

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse al censo electoral o de rehusarse a inscribirse; su derecho a la privacidad en decidir si inscribirse o solicitar inscribirse al censo electoral; o su derecho a elegir su partido político o sus preferencias políticas, puede presentar una queja ante la State Elections Enforcement Commission, (La comisión estatal de aplicación electoral) 20 Trinity Street, Hartford, CT 06106; 860-256-2940, número gratuito 866-733-2463, TDD: 1-800-842-9710; [SEEC@ct.gov](mailto:SEEC@ct.gov)