8999997

New York State EPIC

Protección de Prescripciones para Personas de la Tercera Edad

SOLICITUD

USTED DEBE LLENAR TODOS LOS DATOS DE ESTE FORMULARIO.

ANOTE LA DIRECCIÓN A LA CUAL PODEMOS ENVIARLE INFORMACIÓN.

RECUERDE:

- DEBE TENER 65 AÑOS O MÁS PARA PODER PARTICIPAR.
- DEBE ENVIAR COMPROBANTE DE SU EDAD CON SU SOLICITUD.

¿Se va a inscribir

☐ solamente usted o ☐ usted y su esposo/a?

Apellido | Nombre | Inicial

a/c Nombre y apellido

Dirección postal | Casilla o apartamento

Ciudad | Condado | Código postal

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Mes / Día / Año

Número de teléfono

Código de área Número

( )

Estado civil

☐ Viudo/a, soltero/a o divorciado/a

☐ Casado/a Otros

☐ Casado/a, pero vive separado/a

Sexo

☐ Femenino

☐ Masculino

Origen étnico (Optativo)

☐ Blanco ☐ Negro ☐ Hispano

☐ Asiático ☐ Indio americano

☐ Otros

Apellido del (de la) esposo/a (si vive) | **Nombre Inicial** | **Número de Seguro Social**

Fecha de nacimiento del (de la) esposo/a

Mes / Día / Año

Origen étnico (Optativo)

☐ Blanco ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Asiático

☐ Indio americano ☐ Otros

¿Está usted inscrito en otro plan de seguro que cubra prescripciones? ☐ Si ☐ No

¿Está su esposo(a) inscrito(a) en otro plan de seguro que cubra prescripciones? ☐ Si ☐ No

Si contestó que sí a cualquiera de estas preguntas, llene estos datos:

Nombre la compañía de seguros: _____

Número de grupo: _____ Número de póliza: _____

Número de teléfono de la compañía: (Código de área) (Número)

¿Recibe usted beneficios del Programa Medicaid del Estado de Nueva York? ☐ Si ☐ No

¿Recibe su esposo/a beneficios del Programa Medicaid del Estado de Nueva York? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, escriba su número(s) de identificación de Medicaid _____

(Llene el dorso del formulario)

¿NECESITA AYUDA? LLAME GRATUITAMENTE AL: 1-800-332-3742

Anote la suma anual de sus ingresos del año pasado. Por ejemplo, si usted se va a inscribir en el programa de 2001, anote la suma anual de sus ingresos de 2000.

- Si está casado/a, anote la suma de sus ingresos y los de su esposo/a.
- Llene todas las líneas, pero si no tuvo ingresos, marque la casilla correspondiente a NINGUNO.
- Anote todos sus ingresos, inclusive los beneficios de Seguro Social (con los premios de medicare), de jubilación, intereses de sus ahorros, ingresos netos en concepto de alquileres, sueldos, etc.
- Su información sobre ingresos puede ser verificada por la Administración del Seguro Social, el Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York y otros. Se le podrán pedir copias de los documentos para verificar sus ingresos.

	SUS INGRESOS	NINGUNO	INGRESOS DE SU ESPOSO/A	NINGUNO
1. Seguro Social (inclusive los premios de medicare) y Jubilación del Ferrocarril	$ _____	☐	$ _____	☐
2. Beneficios de jubilación y anualidades	$ _____	☐	$ _____	☐
3. Otros ingresos (ingresos netos en concepto de alquileres, cuentas de retiro individual [IRA], ganancias de capital, sueldos, ingresos o pérdidas de negocios, etc.)	$ _____	☐	$ _____	☐
4. Intereses y dividendos	$ _____	☐	$ _____	☐
5. TOTAL ANUAL (Sume los totales de las líneas 1 a 4)	$ _____		$ _____	

Lea atentamente y firme abajo:

Al firmar el presente formulario, declaro que la información que he proporcionado es verdadera y correcta, y sé que antes de aceptar mi solicitud me pueden exigir comprobantes de mi edad, de los ingresos que tuve el año pasado o del lugar donde resido. Declaro, además, que tengo domicilio en el Estado de Nueva York y que actualmente no recibo beneficios de Medicaid ni tengo seguro farmacéutico de ninguna compañía privada de seguros que cubra más del 70% del costo de mis recetas médicas. Autorizo a EPIC a que confirme con otras agencias o aseguradoras que no he recibido beneficios de Medicaid u otros beneficios de seguro de prescripción que cubran más del 70% de mis costos de medicamentos por cualquier periodo mientras fui elegible para EPIC. Estoy enterado(a) que no tengo obligación de revelar mi número de Seguro Social y que, en caso de proporcionarlo, permitirá a EPIC verificar mi elegibilidad bajo el Artículo 19-K de la Ley Ejecutiva. Otorgo mi consentimiento para intercambiar toda la información necesaria entre EPIC y la Administración del Seguro Social, el Departamento Tributario de Nueva York, compañías aseguradoras privadas y otras para verificar mi elegibilidad. Por el presente, le transfiero al Programa EPIC del Estado de Nueva York, en caso de duplicación o pago en exceso, cualquier beneficio de medicación al que pueda tener derecho bajo otros planes de asistencia del gobierno o seguro de otra compañía de seguros. Doy mi consentimiento para que mis proveedores de cuidado de salud presenten mi información médica relativa a prescripciones para el Programa EPIC, a ser utilizada para propósitos autorizados del programa.

Usted o su representante deben firmar a continuación:

_____ Su firma

_____ Fecha

_____ Firma de su esposo/a

_____ Fecha

Envíe su solicitud de inscripción por correo, junto con copia de un documento en el que conste su edad:

EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018

La información que proporcione en este formulario de inscripción tendrá carácter estrictamente confidencial y sólo se usará para verificar si reúne los requisitos necesarios para participar en EPIC.