

**SOLICITUD DE COMPRA "BUY-IN" DE MEDICARE  
(QMB, SLMB, ALMB, QDWI)**

NOMBRE Y DIRECCION											
Nombre		<i>(primer nombre)</i>			<i>(inicial)</i>			<i>(apellido)</i>			
Dirección		<i>(núm.)</i>		<i>(calle)</i>			<i>(ciudad)</i>		<i>(código postal)</i>		
Dirección de envío <i>(si es diferente)</i>		<i>(núm.)</i>		<i>(calle)</i>			<i>(ciudad)</i>		<i>(código postal)</i>		
Teléfono				Estado Marital							
Su # ( ) _____				<input type="checkbox"/> Nunca Casado(a)		<input type="checkbox"/> Casado(a)		<input type="checkbox"/> Separado(a)			
Mensaje # ( ) _____				<input type="checkbox"/> Divorciado(a)		<input type="checkbox"/> Viudo(a)					
¿Está Usted Solicitando Por <i>(marque uno)</i>				Nombre de Esposo(a) <i>(primer nombre) (inicial) (apellido)</i>							
<input type="checkbox"/> Solamente Usted				<input type="checkbox"/> Usted y Esposo(a)							
	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Raza	Número de Seguro Social	Sexo <i>(circule uno)</i>		Apellido de Soltera	¿Tiene usted Medicare?			
					M	F		Parte A <i>(circule uno)</i>		Parte B <i>(circule uno)</i>	
Propio					M	F		Sí	No	Sí	No
Esposo(a)					M	F		Sí	No	Sí	No
INGRESO											
Favor de enlistar todo ingreso recibido por usted y su esposo(a). Ingreso incluye ingreso <u>bruto</u> de Seguro Social (incluyendo su prima Parte B de Medicare), SSI, salarios, pensiones, beneficios de incapacidad, Compensación de Trabajo, Compensación por Desempleo, intereses, dividendos, ingreso por propiedades, manutención, manutención de menores, etc.											
PROPIO						ESPOSO(A)					
Nombre y Dirección de Empleador, si alguno:						Nombre y Dirección de Empleador, si alguno:					
Nombre de la Compañía de Pensión:						Nombre de la Compañía de Pensión:					
Fuente	Cuan a Menudo Recibido (Semanal, Mensual o Trimestral)		Cantidad	Fuente	Cuan a Menudo Recibido (Semanal, Mensual o Trimestral)		Cantidad				
Seguro Social			\$	Seguro Social			\$				
SSI			\$	SSI			\$				
Salario <i>(entre grueso)</i>			\$	Salario <i>(entre grueso)</i>			\$				
Pensión			\$	Pensión			\$				
Anual			\$	Anual			\$				
Otro <i>(describa):</i>			\$	Otro <i>(describa):</i>			\$				
Otro <i>(describa):</i>			\$	Otro <i>(describa):</i>			\$				

### BIENES

Enliste todos los bienes de los que usted es propietario y/o su esposo(a). Incluya dinero en efectivo a la mano (dinero que no está en su cuenta), cuentas de ahorros y de cheque, certificados de depósitos (C.D.), cuentas Individuales de Retiro (I.R.A.), clubes de vacaciones y de navidad, fondos/cuentas revocable e irrevocable para entierro o cualquier otro tipo de cuenta donde aparece su nombre en la cuenta (aún si el dinero no es suyo). Incluya cuentas tales como aquellas por niños o aquellas aguantadas para usted en fideicomiso. Enliste otros tipos de bienes tales como contenidos de una caja de depósito de seguridad, hipotecas pagadas a usted, joyas, pieles, y/o pinturas aguantadas para inversión, etc. Bajo VEHICULOS, cualquier auto, camión, bote, acampador, vehículo de recreación, remolque, motocicleta, u otro vehículo (incluyendo vehículos sin registrar) que usted es dueño(a) o tiene registrado en su nombre. Bajo POLIZA DE SEGURO O BENEFICIO POR MUERTE favor de entrar el valor nominal (la cantidad que aparece en su póliza) y si es una póliza de "whole life", el valor en efectivo de entrega.

Tipo de Bienes	Proprietario [(usted o esposo(a))]	Nombre de Banco Fondo, etc.	Descripción	Cuenta o Número de Póliza	Valor
Dinero a Mano					\$
Banco/Cooperativa					\$
Banco/Cooperativa					\$
Anualidad					\$
Fideicomiso					\$
Fondo para Entierro Revocable					\$
Fondo para Entierro Irrevocable					\$
Bolsa de Valores					\$
Bonos					\$
Otro:					\$
Otro:					\$
Otro:					\$

### VEHICULOS

Dueño	Marca	Modelo	Año	Valor	Cantidad que debe en Préstamo
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

### POLIZA DE SEGURO O BENEFICIO POR MUERTE

Primer Nombre de Dueño de Póliza	Co. de Seguro	No. de Póliza	Tipo* (marque una)	Valor Nominal	Valor en Efectivo
			<input type="checkbox"/> Term <input type="checkbox"/> Whole Life	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Term <input type="checkbox"/> Whole Life	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Term <input type="checkbox"/> Whole Life	\$	\$

\*"Term" (de Plazo); "Whole Life" (por Vida)

BIENES RAICES				
Dirección de Propiedad Poseída	Propietario [propia, esposo(a), o copropietario]	Valor Estimado	Cantidad adeudada en hipoteca	¿Vive usted en esta propiedad?
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HERENCIA
<p>¿Tiene usted pendiente una herencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es Sí, provea detalles:</p>          

DEMANDA PENDIENTE
<p>¿Está usted demandando a alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es Sí, provea detalles, incluyendo el nombre de su abogado:</p>          

CIUDADANIA						
	¿Ciudadano de E.U.? (circule uno)	Si es No, entre estado de extranjero, e.j. Residente permanente, refugiado, etc.	Número de Registración Extranjera	País de Origen	Lugar y Fecha de Entrada a los E.U.	Nombre de Patrocinador (si es aplicable)
PROPIO	Y N					
ESPOSO(A)	Y N					

## LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME

Yo certifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas en lo mejor de mi conocimiento. Si yo he dado por conocimiento información incorrecta, Yo puedo estar sujeto(a) a las penalidades por declaraciones falsas como especificado en el Estatuto General de Connecticut Secciones 53a-157b y 17b-97 y a penalidades por robo como especificado en secciones 53a-122 y 53a-123. Yo puedo también estar sujeto a penalidades por perjurio bajo la ley federal.

Yo entiendo y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Esta solicitud constituye una petición por programas de Compra "Buy-In" de Medicare solamente (QMB, SLMB, ALMB y/o QDWI).
- Si yo deseo solicitar por otros programas del Departamento, tales como asistencia de dinero en efectivo, Medicaid o Cupones para Alimentos. Yo debo completar una forma de solicitud separada.
- Mi número de Seguro Social será usado para verificar identidad y elegibilidad. Mi número de Seguro Social puede también ser usado para comparar información en archivos de gobierno federal, estatal y local.
- La información en esta forma está sujeto a verificación por oficiales federales, estatales y locales. El Departamento puede conducir verificación independiente de las declaraciones hechas por mi en esta solicitud.
- La información disponible al Departamento a través del Ingreso y Sistema de Verificación de Elegibilidad (IEVS) será requerido y usado para procesar mi petición de asistencia. Esta información vendrá del Departamento de Labor, de la Administración de Seguro Social y del Servicio de Rentas Públicas así como de otras agencias cuando permitido por la ley. La información recibida puede también ser verificada directamente con otras fuentes tales como bancos y empleadores. Los resultados de tales investigaciones pueden afectar mi elegibilidad y nivel de beneficios.
- Yo estoy de acuerdo a cooperar con el personal estatal y federal en un Re-examinación de Control de Calidad.
- Yo debo notificar al Departamento dentro de 10 días de cualquier cambio en mi ingreso y bienes.
- La información dada en esta forma es confidencial y solamente será usada para propósitos de administración del programa.
- Yo puedo solicitar una audiencia justa en escrito si yo no estoy de acuerdo con una acción tomada en mi caso.
- Yo juro que yo soy Ciudadano(a) de los Estados Unidos o, si no lo soy, que la información que yo he provisto concerniente a mi estado de no ciudadano(a) es verdadera.
- Yo entiendo que declaraciones falsas o engañosas en esta solicitud violan la ley federal y pueden ser castigadas con una multa de hasta \$25,000 o cárcel por 5 años, o ambos.
- Yo estoy de acuerdo para asignar de una demanda de dinero pendiente al Estado para gastos médicos relacionados a la demanda y pagados por QMB.
- Yo entiendo que al recibir asistencia médica, le permito al Estado de recuperar el costo de mis cuentas médicas, las que pueden haber sido cubiertas por otro seguro directamente de la compañía aseguradora.
- Yo entiendo que el Estado puede recobrar dinero de las propiedades de individuos que recibieron beneficios de asistencia médica y que no tiene un(a) esposo(a) viva o un hijo(a) vivo(a) quien es menor de 21 años de edad o ciego o incapacitado.
- Doy permiso a cualquier asegurador proveedor de salud de dar información al Departamento de Servicios Sociales sobre mí o sobre mi familia. La información pedida deberá relacionarse a mi reclamación para beneficios médicos del Estado.
- No modificaré, trocaré, venderé, o usaré la tarjeta de servicios medicos de identificación de otra persona.
- Yo entiendo que mi esposo(a), si yo estoy separado(a) de él o ella, puede ser facturado para re-pagar al Estado por el costo de mi cuidado médico.

---

Firma del Solicitante

Fecha

---

Firma del Esposo(a)

Fecha

---

Conservador u otro Firma de Representativo, si es aplicable

Fecha

Se considerará esta aplicación sin respeto a raza, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, credo religioso, origen nacional, orientación sexual, ascendencia, barreras de idioma o creencias políticas.

*ESTA INFORMACION ESTA DISPONIBLE EN DIFERENTES FORMAS. TELEFONO (800) 842-1508 O TDD/TTY (800) 842-4524.*