

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTÁNDAR PARA UNA TARJETA DE DESCUENTO APROBADA POR MEDICARE



Nombre del patrocinador de la tarjeta de descuento:	Nombre del producto:
Tarifa de inscripción:	Dirección del patrocinador:

PASO 1: RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Tiene usted la Parte A o B de Medicare? Sí No

Sí respondió "SI," continúe con la siguiente pregunta. Si respondió "NO," usted no reúne los requisitos para inscribirse en la tarjeta de descuento aprobada por Medicare.

¿Tiene usted el beneficio de receta médica para pacientes ambulatorios del Programa Medicaid de su estado? Sí No

Sí respondió "NO," continúe con la siguiente pregunta. Si respondió "SI," usted no reúne los requisitos para inscribirse en la tarjeta de descuento aprobada por Medicare.

PASO 2: COMPLETE ESTA INFORMACIÓN PERSONAL

Primer nombre	Iniciales del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social	Número de identificación de Medicare		Número de teléfono (con código de área)		

Por favor continúe a la página siguiente

Paso 3: Lea toda la información y firme el formulario

Divulgación de información: Al presentar mi solicitud de inscripción en la tarjeta de descuento aprobada por Medicare, autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) a informar a la compañía de la tarjeta de descuento si cuento con los beneficios de seguro de hospital de Medicare (Parte A) o el seguro médico suplementario (Parte B). De la misma manera, doy mi consentimiento para que el Programa Estatal Medicaid, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos o cualquier otra agencia que posea información sobre mi persona le entregue a CMS o a sus agentes los datos que sean necesarios para que determinen si reúno los requisitos para obtener la tarjeta de descuento aprobada por Medicare y recibir un crédito para pagar mis recetas médicas, si lo solicito.

Proceso de revisión: Tengo entendido que mi solicitud será considerada independientemente de mi raza, color de piel, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o ideología política. Es de mi conocimiento que al firmar esta solicitud acepto que los estados, las agencias federales o sus contratistas lleven a cabo una investigación o revisión completa de mi solicitud para determinar si cumpla con los requisitos. Si se solicita, también acepto proporcionar los documentos que sean necesarios para confirmar que la información en esta solicitud esté completa y sea exacta. Si no tengo dichos documentos, acepto dar el nombre de la persona u organización que pueda entregar o divulgar la información necesaria.

Al firmar, usted certifica que ha leído y comprendido la información contenida en este formulario de inscripción. Si no puede firmar, un representante lo puede hacer por usted.

En conformidad con la ley federal, cualquier persona que retenga información o proporcione información falsa para recibir asistencia a la que no tiene derecho, estará sujeta a multas, encarcelamiento o ambos. Comprendo las preguntas de esta solicitud y certifico, bajo sanción por falso testimonio, que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y cabal a mi mejor saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

El formulario de inscripción no estará completo, a menos que esté firmado.

Devuelva el formulario de inscripción completado al patrocinador de la tarjeta de descuento que haya seleccionado. No envíe su formulario a CMS. Su inscripción se tardará si no le envía el formulario al patrocinador.

NOTA: Medicare provee un crédito para algunas personas con ingresos limitados. Si usted desea solicitar la tarjeta de descuento y el crédito para ayudar con los pagos de sus medicinas, por favor llene y envíe el formulario en la próxima página en vez de éste formulario.