

## **Usted podría ser elegible para recibir ayuda para pagar su prima de Medicare**

Fecha:

Estimado(a) \_\_\_\_\_:

Recientemente, usted presentó, ante la Social Security Administration (Administración de Seguridad Social), una solicitud de Ayuda adicional (*Extra Help*) para la Parte D de Medicare, la cual cubre los medicamentos recetados. En ese momento, usted aceptó que su solicitud se enviara a la oficina de Medicaid del estado de Nueva York para que se evalúe si puede recibir ayuda con los costos de Medicare a través del Medicare Savings Program (Programa de Ahorros de Medicare). El Programa de Ahorros de Medicare es un beneficio administrado por la oficina de Medicaid.

Para que podamos determinar si usted es elegible para recibir este beneficio, necesitamos más información:

Paso 1: Complete el formulario adjunto "Solicitud de información".

Paso 2: Haga una fotocopia del frente y del dorso de su tarjeta de Medicare (la tarjeta roja, blanca y azul).

Paso 3: Reúna pruebas de los ingresos que recibe, como comprobantes de pago, una carta del empleador, el reintegro de impuestos sobre las ganancias, cartas de otorgamiento de algún beneficio de ingresos que no provienen de un trabajo, como seguro de desempleo o de veterano, o una carta del arrendador, huésped o inquilino. Incluya pruebas de ingresos de su cónyuge si vive con él o ella (incluso si su cónyuge no ha presentado la solicitud).

Paso 4: Reúna pruebas de todas las demás primas de seguros médicos que usted pague aparte de la de Medicare. Las pruebas del pago de primas pueden ser cartas del empleador, un estado de cuenta de las primas o el comprobante de pago. Es posible que las demás primas pagas se las estén restando de sus ingresos contables, y esto puede ayudarlo a calificar para el Programa de Ahorros de Medicare.

Paso 5: Si no es ciudadano de EE. UU., reúna copias de los documentos que describan su estado migratorio actual.

Paso 6: Devuelva la solicitud completada, firmada y fechada, junto con las copias de los documentos descritos anteriormente, en el sobre adjunto.

**Devuélvala antes del \_\_\_\_\_.**

Adjuntos

OHIP-0035 es (12/27/16)

Si no recibimos la información solicitada, no podrá recibir los beneficios del Programa de Ahorros de Medicare y le enviaremos un aviso en el que le informaremos que usted no es elegible para dicho programa.

Puede usar el formulario adjunto “Solicitud de información” para solicitar que se lo considere para recibir los beneficios totales de Medicaid. Si marca “Sí” a esta pregunta en el formulario, le enviaremos otro paquete de solicitud para que solicite los beneficios de Medicaid.

**Si necesita ayuda con este formulario, puede comunicarse con la oficina de Medicaid indicada anteriormente o con el Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information Counseling & Assistance Program, HIICAP) llamando al 1-800-701-0501. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.**