

TOE 810

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

PETICIÓN PARA INSCRIBIRSE EN EL SEGURO MEDICO SUPLEMENTARIO

(Request for Enrollment in Supplementary Medical Insurance)

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 0938-0245. El tiempo estimado para completar esta recopilación de información es de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

AVISO DE LEY DE PRIVACIDAD:

El Seguro Social (SSA, por su sigla en inglés) está autorizado a recopilar la información en este formulario bajo las secciones 1836, 1840 y 1872 de la Ley del Seguro Social. A pesar que la información es voluntaria, la falta de proveer toda o parte de la información solicitada podría atrasar el procesode su solicitud o ser la causa de negación a los beneficios Medicare de la Parte B. Cierta información puede ser revelada como sigue: 1) para permitir a una tercera persona u agencia asistir al Seguro Social o CMS a establecer los derechos de beneficios de Seguro Social y/o protección de seguro médico o de hospital; 2) para cumplir con las leyes Federales que requieren que se revele la información de los registros; y 3) para facilitar la investigación estadística y actividades de auditoría necesarias de los programas del Seguro Social y CMS. Además, la verificación de la información puede ser usada para la comparación de datos en las computadoras, de acuerdo en la Ley de Protección de Privacidad de 1974.

Yo deseo inscribirme en el seguro médico suplementario bajo el título XVIII de la Ley del Seguro Social, como enmendada al presente. Yo entiendo que tengo que pagar una prima por cada mes de cobertura de seguro médico. (Vea al dorso para obtener información sobre como pagar su prima del seguro médico.)

1.	a. ESCRIBA su nombre →	Primer nombre, inicial, apellido
	b. Escriba su nombre de nacimiento si es diferente al hombre en 1(a) →	
	c. Indique su sexo(marque uno) →	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
	d. Indique su Número de Seguro Social →	___ / ___ / _____
2.	a. Indique su fecha de nacimiento (mes, día, año) →	
	b. Indique el nombre del Estado o país extranjero donde usted nació →	
	<i>Si usted no ha sometido prueba de su edad, complete (c) y (d)</i> c. ¿Fue hecho un registro público de su nacimiento antes de usted cumplir los 5 años? →	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
	d. ¿Fue hecho un registro religioso de su nacimiento antes de usted cumplir los 5 años? →	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
3.	¿Se había inscrito usted anteriormente en el seguro médico suplementario bajo Medicare? →	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
4.	a. ¿Recibe usted o su cónyuge una anualidad mensual bajo la Ley Federal de Retiro del Servicio Civil u otra ley administrada por la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos?(<i>Si su respuesta es "sí", conteste "b". Si su respuesta es "no" siga con el encasillado 5.</i>) →	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
	b. Indique aquí el número de anualidad de servicio civil. →	Su número
	(<i>Incluya el prefijo, i.e., "CSA" por pensionado, "CSF" por sobreviviente</i>) →	Número de cónyuge
	Si entró el número de su cónyuge, ¿está él (ella) inscrito en el seguro médico suplementario? →	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si usted tiene derecho al seguro de hospital de Medicare omite los encasillados 5 y 6.

5.	¿Es usted residente de los Estados Unidos? <i>(Residir en un lugar quiere decir formar un hogar allí)</i>	➔	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.	a. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <i>(Si la respuesta es "sí" omite encasillados (b) y (c). Si la respuesta es "no", conteste (b) y (c) abajo.</i>	➔	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	b. ¿Está usted legalmente admitido con residencia permanente en los Estados Unidos?	➔	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c. Indique abajo la información solicitada acerca de donde residió en los últimos 5 años.		

Direcciones donde usted residió los últimos 5 años. (Empiece con la dirección más reciente. Indique la fecha actual en que la residencia empezó aunque sea anterior a los últimos 5 años.)	Fecha en Que la Residencia Empezó			Fecha en Que la Residencia Terminó		
	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año

(Si necesita más espacio, use el espacio de "anotaciones" u otra hoja de papel)

COMO PAGAR SU PRIMA DEL SEGURO MÉDICO

Una vez esté inscrito en el seguro médico, usted tiene que pagar una prima mensual. Su prima podría ser más alta que la cantidad establecida por la ley, si se inscribió en el seguro médico más de 3 meses después de cumplir 65 años de edad. Si usted espera más de 3 meses después de cumplir 65 años de edad para inscribirse en el seguro médico, solamente se puede inscribir durante el Periodo General de Inscripción, el cual se lleva a cabo de enero a marzo de cada año. Su cobertura del seguro médico va a comenzar en julio del año en que se inscribió. Si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, el costo puede subir hasta un 10% por cada periodo de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito, pero no lo hizo.

Su prima mensual va a ser deducida de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de De Gerencia de Personal. Si usted no recibe ninguno de estos beneficios, le vamos a notificar como pagar sus primas. Le vamos a enviar un aviso por adelantado si hay algún cambio en la cantidad de su prima mensual.

Anotaciones

Yo entiendo que cualquiera que haga o cause que se haga una declaración o representación falsa de hecho pertinente en una solicitud o para usarse al determinar el derecho a pago bajo la Ley del Seguro Social comete un crimen castigable bajo la ley Federal con multa, prisión o ambas. Yo afirmo que toda la información que he dado en en este documento es verdad.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma <i>(Primer nombre, inicial, apellido) Escriba con tinta</i> FIRME A Q U I ➔	Fecha <i>(mes, día, año)</i>	Número de teléfono
---	------------------------------	--------------------

Dirección Postal *(Calle y número de departamento, Apartado o Ruta Rural)*

Ciudad y Estado	Zonal Postal	Indique el Nombre del Condado (si alguno) en que usted vive
-----------------	--------------	---

Testigos se requieren SOLAMENTE si esta solicitud ha sido firmada con cruz (X) arriba. Si firmada con cruz (X), dos testigos que vieron al solicitante firmar y que lo conocen tienen que firmar abajo dando sus direcciones completas.

1. Firma del Testigo	2. Firma del Testigo
Dirección <i>(Número y calle, ciudad, Estado, y zona postal)</i>	Dirección <i>(Número y calle, ciudad, Estado, y zona postal)</i>