

(No escriba en este espacio)

SOLICITUD PARA EL SEGURO DE HOSPITAL

(Application for Hospital Insurance)

(Esta solicitud puede usarse para inscribirse
en el Seguro Médico Suplementario)

Yo solicito el derecho al Seguro de Hospital de Medicare bajo la Parte A del Título XVIII de la Ley del Seguro Social, enmendada, y a cualquier beneficio mensual al que pueda tener derecho bajo el Título II de esa Ley.

1.	(a) Escriba en letra de molde su nombre →	(Nombre, inicial, apellido)	
	(b) Escriba su nombre de nacimiento si es diferente al escrito en el renglón 1 (a) →	(Nombre, inicial, apellido)	
	(c) Indique su sexo (marque (✓) uno) →	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
2.	Indique su Número de Seguro Social →	____/____/____	
3.	(a) Escriba su fecha de nacimiento (Mes, día, año) →		
	(b) Escriba el nombre del estado o país extranjero donde usted nació →		
	(Si usted ya ha sometido un récord público o religioso de su nacimiento establecido antes de que usted cumpliera 5 años pase a la pregunta 4.)		
	(c) ¿Fue inscrito su nacimiento en un registro público antes de que usted cumpliera 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
	(d) ¿Fue inscrito su nacimiento en un registro religioso antes de que usted cumpliera 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
4.	(a) ¿Ha radicado usted (o alguien en su favor) una solicitud para beneficios de Seguro Social, período de incapacidad bajo el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI), o para seguro médico o de hospital bajo Medicare? →	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es "Sí," conteste (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si es "no," pase a la pregunta 5.)
	(b) Escriba el nombre de la persona en cuyo récord de Seguro Social usted radicó alguna otra solicitud. →		
	(c) Escriba el número de Seguro Social de la persona mencionada en (b). (Si es desconocido, indíquelo así) →	____/____/____	
5.	(a) ¿Estuvo usted después de septiembre 7 de 1939 en el servicio activo militar o naval (incluyendo la Reserva o guardia nacional en servicio activo o servicio de entrenamiento)? →	<input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es "Sí," conteste (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> No (Si es "no," pase a la pregunta 5.)
	(b) Dé fecha de servicios →	Desde: (Mes, año)	Hasta: (Mes, año)
	(c) ¿Ha sido usted (o será) elegible para recibir beneficios mensuales de una agencia militar o civil Federal? (Incluya beneficios de la Administración de Veteranos solamente si usted ha renunciado al pago de retiro militar.) →	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	¿Trabajó usted en la industria ferroviaria en cualquier momento el 1o. de enero de 1937 o después? →	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

7.	(a) ¿Ha trabajado usted alguna vez en algún trabajo cubierto bajo el sistema de Seguro Social de otro país fuera de los Estados Unidos? →	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
	(b) Si la respuesta es "Sí" mencione el(los) país(es). →																						
8.	(a) ¿Cuál fue el total de sus ganancias el año pasado? → (Si ninguna, escriba "Ninguna")	Ganancias \$																					
	(b) ¿Cuánto espera usted que sea el total de sus ganancias este año? → (Si ninguna, escriba "Ninguna")	Ganancias \$																					
9.	¿Es usted residente de los Estados Unidos? → (Residir en un país significa establecer su hogar allí.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
10.	(a) ¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? (Si la respuesta es "Sí" pase a la pregunta 11.) (Si es "no" conteste (b) y (c) abajo.) →	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
	(b) ¿Ha sido usted admitido legalmente con residencia permanente en los Estados Unidos? →	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
	(c) Escriba abajo la información solicitada sobre su lugar de residencia en los últimos 5 años:																						
	DIRECCIÓN EN LA CUAL USTED RESIDIÓ EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS <i>(Empiece con la dirección más reciente. Indique la fecha específica cuando la residencia comenzó aunque sea anterior a los últimos 5 años.)</i>	FECHA EN QUE COMENZÓ SU RESIDENCIA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Año</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Mes	Día	Año																		
Mes	Día	Año																					
		FECHA EN QUE TERMINÓ SU RESIDENCIA <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Año</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Mes	Día	Año																		
Mes	Día	Año																					
	(Si necesita más espacio, use la Sección de Observaciones en la tercera página u otra hoja de papel por separado.)																						
11.	¿Está usted casado actualmente? → <i>(Si la respuesta es "Sí" dé la siguiente información sobre su matrimonio actual.)</i> <i>(Si es "no" pase a la pregunta 12.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
SU MATRIMONIO ACTUAL	¿Con quién se casó? (Indique el nombre de soltera de su esposa o el nombre de su esposo.)	¿Cuándo? (Mes, día, año)																					
	Fecha de nacimiento de su cónyuge (o edad)	Número de Seguro Social de su cónyuge <i>(Si ninguno o desconocido indíquelo así)</i> ____/____/____																					
12.	Si usted tuvo un matrimonio anterior y su cónyuge murió, o si tuvo un matrimonio anterior que duró 10 años o más, dé la siguiente información. Si no tuvo matrimonios anteriores escriba "NINGUNO."																						
SU MATRIMONIO ANTERIOR	¿Con quién se casó? (Indique el nombre de soltera de su esposa o el nombre de su esposo).	¿Cuándo? (Mes, día, año)																					
	Fecha de nacimiento de su cónyuge (o edad).	Número de Seguro Social de su cónyuge <i>(Si ninguno o desconocido indíquelo así)</i> ____/____/____																					
	Si su cónyuge ha muerto, dé la fecha de muerte →	¿Cuándo? (Mes, día, año)																					

(Use la sección de Observaciones en la página 3 para información sobre cualquier otro matrimonio)

13.	¿Es o fue su cónyuge un trabajador o pensionado ferroviario jubilado o un pensionado jubilado recibiendo una anualidad? →	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14.	(a) ¿ Ha sido usted o su cónyuge un empleado civil del Gobierno Federal después de junio de 1960? → <i>Si es "Sí," conteste (b). Si es "no," omita (b), (c), y (d).</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(b) ¿Está usted o su cónyuge cubierto ahora bajo algún plan de seguro médico provisto por la Ley de 1959 de Beneficios de Salud de Empleados Federales? <i>Si la respuesta es "Sí," omita (c) y (d). Si es "No," conteste (c).</i> →	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(c) ¿Está usted y su cónyuge excluido de ser cubierto bajo la Ley arriba indicada debido a que el período de empleo federal suyo o de su cónyuge no fue de la duración requerida? → <i>Si la respuesta es "sí," omita (d) y explique en la sección de Observaciones abajo. Si es "no," conteste (d).</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	(d) ¿Fue usted o su cónyuge un empleado del Gobierno Federal después del 15 de febrero de 1965? →	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Observaciones:

15.	Si se encuentra que usted no es elegible para seguro de hospital bajo Medicare, ¿quiere usted inscribirse para el seguro de hospital en base a una prima mensual (en adición a la prima mensual para seguro médico suplementario)? → <i>(Si la respuesta es "Sí," usted TIENE que inscribirse también en el seguro médico.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----	--	-----------------------------	-----------------------------

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO BAJO MEDICARE

El seguro médico bajo Medicare le ayuda a pagar sus gastos médicos. Le ayuda además a pagar varios otros gastos médicos y servicios no cubiertos bajo la parte de seguro de hospital de Medicare.

Si usted se inscribe en el seguro médico, tendrá que pagar primas por cada mes que tiene esta protección. Si usted recibe Seguro Social mensualmente, retiro ferroviario o beneficios del servicio civil, su prima será descontada de su cheque mensual. Si no recibe alguno de estos beneficios, usted será notificado sobre cómo pagar sus primas.




El Gobierno Federal contribuye al costo de su seguro. La cantidad de su prima y la cantidad que contribuye el Gobierno están basadas en el costo de los servicios cubiertos por el seguro médico. El Gobierno también hace pagos adicionales cuando sea necesario para sufragar el costo total del programa. (Actualmente, el Gobierno paga alrededor de dos tercios del costo del programa.) Usted recibirá notificación anticipada si hay algún cambio en la cantidad de sus primas.

Si usted tiene alguna pregunta o quiere un folleto sobre el seguro médico, llame a cualquier Oficina del Seguro Social.


VEA AL OTRO LADO PARA INSCRIBIRSE EN SEGURO MÉDICO

Si usted tiene derecho al seguro de hospital como resultado de esta solicitud, usted será inscrito para el seguro médico automáticamente, a menos que usted indique abajo que no quiere esta protección. Si usted no quiere inscribirse ahora, usted puede obtener protección de seguro médico más tarde solamente si usted se inscribe para ello durante períodos específicos de inscripción. Su protección puede entonces retrasarse y usted podría tener que pagar una prima mayor cuando decida inscribirse.

La fecha en la cual el seguro médico comienza y la cantidad de las primas que usted tiene que pagar dependen del mes en el cual usted radica esta solicitud con la Administración del Seguro Social. Cualquier oficina del Seguro Social le explicará a usted con gusto las reglas en cuanto a la inscripción.

16. ¿QUIERE USTED INSCRIBIRSE EN EL SEGURO MÉDICO SUPLEMENTARIO?  <i>(Si la respuesta es Sí conteste la pregunta 17.)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
17. ¿Recibe usted o su cónyuge una anualidad bajo la Ley de Retiro del Servicio Civil Federal o cualquier otra ley administrada por la Oficina de Administración de Personal?  <i>(Si la respuesta es "Sí," dé el número de su anualidad de servicio civil aquí Incluya ed prefijo "CSA" para el pensionado jubilado recibiendo una anualidad y "CSF" para el sobreviviente.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Su Número Número de su cónyuge
<i>(Si usted indicó el número de su cónyuge, ¿está él (o ella) inscrito(a) en el seguro médico suplementario bajo el seguro social?)</i> 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Yo reconozco que cualquiera que haga o cause hacer una declaración o representación falsa de hechos pertinentes en una solicitud, o para uso en determinar el derecho a pago bajo la Ley del Seguro Social, comete un crimen castigable bajo Ley Federal por multa, prisión o ambas. Yo afirmo que toda la información que he dado en este documento es cierta.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA (Mes, día, año)
Firma (Nombre, inicial, apellido) (Escriba con tinta) FIRME  AQUI	Teléfono(s) donde puede ser localizado durante el día

Dirección Postal (Número y Calle, Número de Apartamento, Apartado Postal, O Ruta Rural)

Ciudad y Estado	Zona Postal	Indique el Nombre del Condado (si alguno) donde reside
-----------------	-------------	--

Se requieren testigos SOLAMENTE si esta solicitud ha sido firmada con una cruz (X). Si fue firmada con una cruz (X), dos testigos de la firma que conozcan al solicitante deben firmar abajo, dando sus direcciones completas.

1. Firma del Testigo	2. Firma del Testigo
Dirección (Número y Calle, Ciudad, Estado, y Zona Postal)	Dirección (Número y Calle, Ciudad, Estado, y Zona Postal)

UNA ADVERTENCIA A LOS RECLAMANTES PARA EL SEGURO SOCIAL DE HOSPITAL

NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE	OFICINA DEL SEGURO SOCIAL	FECHA
NÚMERO DE TELÉFONO		

RECIBO DE SU RECLAMACIÓN

Su solicitud para seguro de hospital ha sido recibida y será procesada lo más rápidamente posible.

Nosotros nos comunicaremos con usted _____ días después de darnos toda la información solicitada. Algunas reclamaciones pueden tomar más tiempo si se requiere información adicional.

Mientras tanto, si usted cambia su dirección, usted debe reportar el cambio.

Dé su número de solicitud cuando escriba o llame por teléfono sobre su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, le ayudaremos con mucho gusto.

RECLAMANTE	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO SOCIAL

COMPILACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN CONTENIDA EN SU SOLICITUD – NOTA DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

NOTA DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD: La Administración del Seguro Social (SSA) está autorizada a obtener la información requerida en esta solicitud según las secciones 226 y 1818 de la Ley de Seguro Social, enmendada (42 USC, 426 y 1395-17) y la sección 103 de la Ley Pública 89-97. La información en este formulario se necesita para permitir al Seguro Social determinar si usted y sus dependientes pueden ser elegibles para seguro médico y de hospital y/o beneficios mensuales. A la vez que usted no tiene que someter al Seguro Social la información solicitada en esta forma, ningún beneficio de seguro médico o de hospital puede ser provisto hasta que una solicitud haya sido recibida por una oficina del Seguro Social. La falta de proveer toda o parte de la información solicitada puede impedir una decisión correcta y rápida sobre su reclamación o la reclamación de sus dependientes y puede resultar en la pérdida de algunos beneficios o seguro médico y de hospital. Aunque la información que usted provee en esta solicitud casi nunca se usa para otro

propósito que el arriba indicado, existe la posibilidad de que para la administración de los programas del Seguro Social o los programas de CMS o para la administración de programas que requieren coordinación con SSA o CMS, esta información puede revelarse a otro individuo o a otra agencia del gobierno según sigue: 1) para permitir a terceros o a otra agencia ayudar al Seguro Social o CMS en determinar los derechos a beneficios del Seguro Social y/o cobertura de seguro de hospital o médico; 2) para cumplir con las leyes federales que requieren el uso de información de los registros del Seguro Social y records de CMS (por ejemplo, a la Oficina de Auditoría General o a la Administración de Veteranos); y 3) para facilitar investigaciones estadísticas y actividades auditoras necesarias para asegurar la integridad y mejora de los programas del Seguro Social y de CMS (por ejemplo, a la Oficina del Censo y compañías privadas bajo contrato con el Seguro Social y CMS).

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 0938-0251. El tiempo requerido 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, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.