



# FEMA

## AVISO DE LEY DE REDUCCION DE PAPELEO

La carga de informes públicos para este formulario está estimada a un promedio de 10 minutos por respuesta. El estimado de carga incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de información existentes, recopilar y mantener la información necesaria, y completar y someter el formulario. Esta recolección de información es requerida para obtener o retener beneficios. A usted no se le requiere responder a esta recolección de información a menos que un número válido de control de OMB aparezca en este formulario. Envíe comentarios con respecto a la exactitud del estimado de carga y de cualquier sugerencia para reducir la carga a: Information Collections Management, Department of Homeland Security, Federal Emergency Management Agency, 500 C Street, SW, Washington, DC 20472-3100, Paperwork Reduction Project (1660-0002). **NOTA: NO ENVÍE SU FORMULARIO COMPLETADO A ESTA DIRECCIÓN.**

FEMA Director Name

FEMA Title

FEMA Directorate Reference

Governor's Name

Governor's Title

State of (State Name)

National Processing Service Center

P.O. Box 10055

Hyattsville, MD 20782 – 7055

00/00/0000

FEMA Application Number.000000000

Disaster Number: 0000

Applicant Name

Applicant Street Address

Applicant City, State, Zip

Dear Applicant Name:

Nuestros expedientes indican que usted puede tener una necesidad(s) para el tipo de asistencia que aparece a continuación. Sin embargo, necesitamos información adicional para procesar su solicitud. Por favor, proporcione la siguiente información dentro de los 21 días siguientes a la fecha de esta carta:

### Gastos medicos:

1. La declaración del(los) proveedor(es) debe verificar la fecha de la lesión o enfermedad médica que se produjo y si esta relacionada con el desastre.
2. Nombre, dirección, número telefónico y número de póliza de su compañía de seguro médico/desalud, incluyendo beneficios de Medicaid, Medicare y de la Administración de Veteranos. DEBE PRESENTAR EL RECLAMO ANTE SU COMPAÑIA DE SEGUROS ANTES DE SOMETERLO PARA NUESTRA CONSIDERACION.
3. Debe presentar la desaprobación escrita de su compañía de seguros, o la(s) declaración(es) de la explicación de los beneficios por el(los) monto(s) que ha cubierto.
4. Si NO esta cubierto por ningun seguro médico/de salud, favor firmar y fechar el formulario de Declaración de Seguro adjunto y enviarlo con la siguiente información:

- Nombre, dirección, y número de teléfono del(los) proveedor(es) de servicio(s).
- Facturas/recibos detallados (NO DECLARACIONES) del(los) proveedor(es) de servicio(s).
- Fecha de la pérdida de las MEDICINAS RECETADAS.
- Recibos de la farmacia lo cual muestren el costo de reemplazo de la medicina.
- Verificación escrita de la farmacia que muestre que se surtió la receta antes del desastre.
- Verificación escrita de su médico en la que se establece que se requiere la medicina para el tratamiento de su estado de salud.

Envíe por correo sus documentos a:  
 FEMA – Applicant Services  
 National Processing Service Center  
 P.O. Box 10055  
 Hyattsville, MD 20782-8055

OR

Envíe por fax sus documentos a:  
 1-800-827-8112  
 Attention: FEMA – Applicant Services

Incluya su Número de Solicitud de FEMA y el Número de Desastres en todas las páginas de sus documentos. Ambos números están impresos en la parte superior de la primera página de esta carta. Mantenga todos los originales para sus archivos.

Si no recibimos la información dentro de los 21 días, vamos a denegar su solicitud para esta ayuda y usted no será elegible.

Si usted tiene alguna pregunta, llame a Línea de Ayuda de FEMA al 1-800-621-FEMA (3362) y oprima la opción 2 para un operador en Español. Los solicitantes de asistencia por desastre que tienen impedimentos del habla o pérdida de audición pueden comunicarse directamente al TTY llamado al 1-800-462-7585; para quienes utilicen 711 o el Servicio de Retransmisión de Video (VRS), pueden llamar al 1-800-621-3362.

Atentamente,

Director del Programa para Individuos y Familias

Applicant Name  
Applicant Street Address  
Applicant City, State, Zip

00/00/0000  
Disaster No.  
Page Number  
Registration #

**MEDICAL ENCLOSURE**

**DECLARACION DE SEGURO MEDICO:**

Ninguno de los individuos indicados en mi Solicitud de Asistencia por Desastre estaba cubierto por un seguro de salud o seguro medico cuando ocurrieron las lesiones o enfermedades relacionadas con el desastre. Ninguno estaba cubierto por Medicaid, Medicare, ni beneficios de la Administracion de Veteranos y ninguno tenia otro seguro que pudiera reembolsarme por los gastos en los que incurri y para los cuales estoy solicitando asistencia por desastre.

Firma del Solicitante\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_