



## Medicare

# Solicitud de información de empleo de Medicare

Use este formulario para comprobar que tiene cobertura de un plan de salud grupal basado en su empleo actual y así poder inscribirse en Medicare. Complete la Sección A de este formulario y pida a su empleador que complete la Sección B.

Para inscribirse en Medicare a través de un Periodo de Inscripción Especial, debe haber tenido cobertura de un plan de salud grupal a través de su empleo actual o el de su cónyuge, desde el primer mes en que fue elegible para Medicare Parte B. Su cobertura no debe haber terminado hace más de 8 meses.

Si es elegible para Medicare por discapacidad, debe tener una cobertura de plan de salud grupal amplia basada en su empleo actual, el de su cónyuge o el de un miembro de su familia.

### Envíe su formulario por correo o fax

Envíe por correo o fax este formulario completo junto con su Solicitud de Inscripción en Medicare (CMS-40B) a su oficina local del Seguro Social. Busque una oficina cerca de usted en [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).

### Obtener ayuda con este formulario

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- **En Español:** Llame a SSA gratis al 1-800-772-1213 y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **En persona:** Visite su oficina local del Seguro Social para obtener ayuda en persona. Busque una oficina cerca de usted en [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).
- **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP):** Visite [shiphelp.org](https://shiphelp.org) para obtener asesoramiento gratuito, personalizado e imparcial sobre seguros médicos de su programa de asistencia local (SHIP).

### Obtener información en otro formato

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado.

Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

---

**Declaración sobre la Ley de privacidad:** El Seguro Social está autorizado a recopilar su información en virtud de los artículos 1836, 1840 y 1872 de la Ley del Seguro Social y sus modificaciones (42 U.S.C. 1395o, 1395s y 1395ii) para su inscripción en la Parte B de Medicare. El Seguro Social y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) necesitan su información para determinar si usted tiene derecho a la Parte B. Aunque no está obligado a proporcionar su información, el hecho de no facilitar toda o parte de la información solicitada en este formulario podría retrasar su solicitud de inscripción. El Seguro Social y los CMS utilizarán su información para inscribirle en la Parte B. Su información también puede utilizarse para administrar los programas de seguro social o de los CMS, u otros que se coordinen con la seguro social o CMS para: 1) Determinar sus derechos a los beneficios del Seguro Social y/o la cobertura de Medicare. 2) Cumplir las leyes federales que exigen registros de la Seguridad Social y el CMS (como a la Oficina de Responsabilidad Gubernamental y la Administración de Veteranos). 3) Ayudar con las actividades de investigación y auditoría necesarias para proteger la integridad y mejorar los programas de Seguridad Social y CMS (como la Oficina del Censo y los contratistas del Seguro Social y CMS). Podemos verificar su información utilizando coincidencias informáticas que ayudan a administrar los programas de la Seguridad Social y CMS de acuerdo con la Ley de Protección de la Privacidad y Coincidencias Informáticas de 1988 (P.L. 100-503).

**Ley de reducción de trámites:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0787. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 15 minutos en promedio por respuesta, incluido el

tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Attn: PRA Reports Clearance Ofcer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Importante: No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo elemento que se reciba que no sirva para mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0939-0251) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al Seguro Social ni a ningún otro organismo.

---

## Solicitud de información de empleo de Medicare

Complete la sección A de este formulario y pida a su empleador que complete la sección B.

### Sección A: Debe completarla la persona que se inscribe en Medicare Parte B (Seguro Médico)

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social (SSN) del solicitante <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------------	---

Nombre del empleado (si es diferente del solicitante)	Número de Seguro Social del empleado (si es diferente) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad	Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	Código postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------	---	---

### Sección B: Para ser completado por el empleador

SOLO para planes de salud grupales del empleador:

Si sí, indique la fecha en que comenzó la cobertura del solicitante (mm/aaaa):   /      Sí  No

¿Terminó la cobertura? .....  Sí  No  
 Si sí, indique la fecha en que terminó la cobertura del solicitante (mm/aaaa):   /

¿Está (o estaba) el solicitante cubierto por un plan de salud grupal del empleador? .....  Sí  No

¿Cuándo trabajó el empleado para su compañía?  
 Desde (mm/aa):   /     Hasta (mm/aa):   /     ¿Sigue trabajando? Sí  No

Si usted tiene un plan de salud grupal amplio y el solicitante está discapacitado, enumere todos los meses en los que su plan de salud fue el pagador principal.

Desde (mm/aa):   /     Hasta (mm/aa):   /

Para arreglos de Banco de Horas ÚNICAMENTE:

¿Está (o estaba) cubierto el solicitante bajo un Acuerdo de Horas Bancarias?.....  Sí  No  
 Si sí, ¿tiene el solicitante horas que le queden en reserva?.....  Sí  No

¿Fecha en que terminaron las horas de reserva o se usarán? (mm/aaaa)   /

Para todos los empleadores:

Firma del funcionario de la compañía	Fecha de firma (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------------------------------------	--

Puesto del funcionario de la compañía	Número de teléfono <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---------------------------------------	---

---

## Envíe su formulario por correo o fax

Envíe por correo o fax este formulario completo junto con su Solicitud de Inscripción en Medicare (CMS-40B) a su oficina local del Seguro Social. Busque una oficina cerca de usted en [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).

---