



Apartado postal 8806
Harrisburg, PA 17105-8806

¿Necesita ayuda? Llame al 1-800-225-7223

Solicitud para **usted** **o** **para usted y su cónyuge**

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Solicitante Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Sexo M o F				Número de Seguro Social del Solicitante (obligatorio)		
				Fecha de nacimiento del Solicitante (obligatorio)		
Domicilio N.º de departamento				Número de teléfono principal del Solicitante ()		
Ciudad Estado Código postal				Número de teléfono secundario ()		
Dirección postal (en caso de utilizar un apartado postal) Apartado postal				Licencia de conducir de Pensilvania o número de documento con fotografía del Solicitante		
Ciudad Estado Código postal				Estado civil (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)	Tipo de residencia (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)	Raza y etnia ¿Es de origen hispano, latino o español? 1. No o 2. Sí
 <p>NÚMERO DE MEDICARE (obligatorio): _____</p> <p>FECHA DE LA PARTE A DE MEDICARE: _____ - _____ - _____</p> <p>FECHA DE LA PARTE B DE MEDICARE: _____ - _____ - _____</p> <p>¿Alguna vez ha servido en el ejército? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí</p> <p>¿Es miembro de alguna orden religiosa? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí</p>				1. Soltero/Viudo	1. Propia	
				2. Casado	2. Alquilada	¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo)
				3. Divorciado Año: _____	3. Residencia para adultos mayores	1. Blanca
				4. Separado de hecho Año: _____	4. Hogar de cuidado personal / vida asistida	2. Negra o afroamericana
					5. Convivencia con un familiar	3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska
					6. Otro	4. Asiática
					¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí	5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico

NOTA: SI ESTÁ CASADO, DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE

SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Cónyuge Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Sexo M o F				Número de Seguro Social del Cónyuge (obligatorio)		
				Fecha de nacimiento del Cónyuge (obligatorio)		
Domicilio N.º de departamento				Número de teléfono principal del Cónyuge ()		
Ciudad Estado Código postal				Número de teléfono secundario ()		
Dirección postal (en caso de utilizar un apartado postal) Apartado postal				Licencia de conducir de Pensilvania o número de documento con foto del Cónyuge		
Ciudad Estado Código postal				Estado civil (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)	Tipo de residencia (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)	Raza y etnia ¿Es de origen hispano, latino o español? 1. No o 2. Sí
 <p>NÚMERO DE MEDICARE (obligatorio): _____</p> <p>FECHA DE LA PARTE A DE MEDICARE: _____ - _____ - _____</p> <p>FECHA DE LA PARTE B DE MEDICARE: _____ - _____ - _____</p> <p>¿Alguna vez ha servido en el ejército? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí</p> <p>¿Es miembro de alguna orden religiosa? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí</p>				1. Soltero/Viudo	1. Propia	
				2. Casado	2. Alquilada	¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo)
				3. Divorciado Año: _____	3. Residencia para adultos mayores	1. Blanca
				4. Separado de hecho Año: _____	4. Hogar de cuidado personal / vida asistida	2. Negra o afroamericana
					5. Convivencia con un familiar	3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska
					6. Otro	4. Asiática
					¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí	5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico

DEBE COMPLETAR EL LADO INVERSO.



SECCIÓN C: VERIFICACIÓN DE INGRESOS (obligatorio)

Indique los **INGRESOS BRUTOS DEL AÑO ANTERIOR** en las casillas correspondientes.
Si no tuvo ingresos el año anterior, proporcione una carta que indique cómo se cubrieron sus necesidades.
Si es viudo, no incluya los ingresos del cónyuge fallecido.

No deduzca las pérdidas de los ingresos	Solicitante	Cónyuge	Total
1. Total bruto del Seguro Social y del Seguro de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)			
2. Jubilación de empleados ferroviarios (RRB1099 y RRB1099R)			
3a. Pensión del Sistema de Jubilación de los Empleados del Estado de Pensilvania (State Employees' Retirement System, SERS)			
3b. Pensión del Sistema de Jubilación de los Empleados de las Escuelas Públicas de Pensilvania (Public School Employees' Retirement System, PSERS)			
4. Otras pensiones brutas y montos imponibles de anualidades, planes 401ks y cuentas individuales de jubilación (Individual Retirement Account, IRA) que no se incluyen en el punto 3a o 3b			
5. Intereses, dividendos, ganancias de capital, premios			
6. Sueldos, salario, bonos, comisiones, trabajo autónomo, sociedades, ingresos netos de alquiler, ingresos netos comerciales, asistencia pública en efectivo, desempleo, indemnización por accidentes laborales, pensión alimenticia, manutención, juegos de azar, donaciones y herencias (solo si supera los \$300), indemnización por fallecimiento (solo si supera los \$ 10 000), regalías			

Al firmar, reconozco que he leído las declaraciones de certificación y autorización en el reverso del formulario de Salud y Recetas Médicas, que acepto los términos establecidos, que he vivido en Pensilvania durante al menos 90 días anteriores a la fecha de la presente solicitud y que la información proporcionada sobre la edad y los ingresos es verdadera, correcta y completa.

SECCIÓN D: FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma del solicitante o del poder notarial _____ Fecha ____-____-____ Nombre del contacto de emergencia: _____ N.º de teléfono del contacto de emergencia: () _____	Firma del cónyuge o del poder notarial _____ Fecha ____-____-____ Nombre del contacto de emergencia: _____ N.º de teléfono del contacto de emergencia: () _____
---	---

SECCIÓN E: CONSENTIMIENTO

Marque la casilla si desea que toda la correspondencia se envíe a la persona indicada en la Sección E.

Nombre: _____ Número de teléfono: () _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

Código postal: _____

SECCIÓN F: TESTIGO/GESTOR

Nombre del testigo o gestor (si no es el solicitante) Nombre: _____ Número de teléfono: () _____	Nombre del testigo o gestor (si no es el solicitante) Nombre: _____ Número de teléfono: () _____
---	---

Encuesta sobre salud y bienestar

Número de Seguro Social

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Le agradecemos sus respuestas a las siguientes preguntas sobre el estado actual de salud y bienestar. (Aunque haya respondido una encuesta similar anteriormente, es importante que complete esta, ya que algunas preguntas se modificaron.) Sin embargo, no es obligatorio completar la encuesta y su decisión no afectará de ninguna manera la elegibilidad para inscribirse en PACE/PACENET. Toda la información es confidencial y se utilizará únicamente para investigar las necesidades de las personas que se inscriben en PACE/PACENET. Sus respuestas son importantes para ayudarnos a mejorar la prestación de servicios y beneficios sanitarios para usted y otros adultos mayores de Pensilvania.

- ¿La persona que solicita PACE/PACENET es quien responde las preguntas de la encuesta o alguien más lo hace por ella?
 1. Soy el solicitante mencionado anteriormente y respondo las preguntas.
 2. Ayudo al solicitante, que participa respondiendo las preguntas.
 3. Respondo las preguntas por el solicitante, que no participa en las respuestas.
- Si usted no es el solicitante de PACE/PACENET, ¿cuál es su relación con él?
 a. Cónyuge o Pareja b. Hijo o Hija c. Otro Familiar d. Amigo o Vecino e. Cuidador Proveedor f. Otro
- Podría afirmar que su estado de salud en general es:
 1. Excelente 2. Muy bueno 3. Bueno 4. Regular 5. Malo
- Considerando su salud física, que incluye enfermedades y lesiones, ¿durante cuántos días en los últimos 30 días no estuvo bien?
_____ días (en caso de respuesta negativa, coloque cero en la línea).
- Considerando su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas con las emociones, ¿durante cuántos días en los últimos 30 días no estuvo bien?
_____ días (en caso de respuesta negativa, coloque cero en la línea).
- En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días el mal estado de salud física o mental le impidió realizar actividades habituales, tales como el cuidado personal, el trabajo o la recreación?
_____ días (en caso de respuesta negativa, coloque cero en la línea).
- En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo describiría su salud física?
 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
- En general, ¿cuánto ha cambiado su estado de salud en el último año?
 1. Mucho Peor 2. Algo Peor 3. Poco Igual 4. Algo Mejor 5. Mucho Mejor
- ¿Cuál es su altura y peso aproximados? Altura: ____ pies ____ pulgadas Peso: _____ libras
- ¿Cuál es su nivel de escolaridad? Indique el nivel más alto completado. _____
- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces decidió no ordenar una receta médica porque era demasiado costosa?
 a. Ninguna b. 1 vez c. 2 veces d. de 3 a 5 veces e. de 6 a 9 veces f. 10 o más veces

VOLTEE LA PAGINA Y CONTINÚE

12. En los últimos 12 meses, ¿ha hecho algo de lo siguiente?:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Omitió dosis de un medicamento para que la receta dure más? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| b. ¿Redució sus gastos en comida, calefacción, u otras necesidades básicas para contar con suficiente dinero para comprar los medicamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| c. ¿Algún familiar o amigo le ayudó a pagar sus medicamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| d. ¿Obtuvo muestras gratuitas del medicamento recetado del médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| e. ¿Evitó acudir a un médico debido a preocupaciones sobre el costo de los medicamentos recetados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |

13. ¿Tiene alguna dificultad para leer o comprender las instrucciones de los medicamentos que el médico o farmacéutico le dan?

1. No, no tengo dificultades para leer o comprender las instrucciones de los medicamentos.
2. Sí, a veces tengo dificultades.

En caso afirmativo, ¿qué tipo de dificultades tiene? Marque todas las opciones correctas.

- a. Problemas de visión (por ejemplo, al leer letras pequeñas).
- b. Problemas de lectura (por ejemplo, la comprensión de palabras).
- c. Dificultades porque el inglés no es mi lengua materna.
- d. Otros problemas (describa brevemente) _____

14. ¿Algún amigo o familiar puede ayudarle a leer y comprender las etiquetas de los envases de medicamentos y las instrucciones del médico o farmacéutico en caso de ser necesario?

1. Sí 2. No 3. No estoy seguro

Las siguientes preguntas se refieren a experiencias que puede haber tenido con un plan de medicamentos recetados de Medicare. Puede inscribirse en dicho plan, así como en PACE/PACENET.

(Sus respuestas no afectarán los beneficios de Medicare ni de PACE/PACENET de ninguna manera.)

15. ¿Alguna vez se inscribió en un plan de medicamentos recetados de Medicare? 1. Sí 2. No

16. En caso afirmativo, ¿aún está inscrito? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro

17. Las siguientes afirmaciones pueden o no describir sus sentimientos con respecto al plan de medicamentos recetados de Medicare más reciente en el que está o estuvo inscrito. Para cada afirmación, indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación.

	Totalmente De acuerdo	Algo De acuerdo	Algo En desacuerdo	Totalmente En desacuerdo
a. La prima del plan mensual era asequible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El deducible anual era razonable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los copagos eran asequibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los gastos totales por cuenta propia fueron razonables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El plan cubrió todos los medicamentos que el médico recetó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. El plan era muy práctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comprendo cómo funcionó mi plan y cómo usarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Encuesta del cónyuge sobre la salud y el bienestar en caso de que también solicite PACE/PACENET

Número de Seguro Social

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Le agradecemos sus respuestas a las siguientes preguntas sobre el estado actual de salud y bienestar. (Aunque haya respondido una encuesta similar anteriormente, es importante que complete esta, ya que algunas preguntas se modificaron.) Sin embargo, no es obligatorio completar la encuesta y su decisión no afectará de ninguna manera la elegibilidad para inscribirse en PACE/PACENET. Toda la información es confidencial y se utilizará únicamente para investigar las necesidades de las personas que se inscriben en PACE/PACENET. Sus respuestas son importantes para ayudarnos a mejorar la prestación de servicios y beneficios sanitarios para usted y otros adultos mayores de Pensilvania.

- ¿La persona que solicita PACE/PACENET es quien responde las preguntas de la encuesta o alguien más lo hace por ella?
 1. Soy el solicitante mencionado anteriormente y respondo las preguntas.
 2. Ayudo al solicitante, que participa respondiendo las preguntas.
 3. Respondo las preguntas por el solicitante, que no participa en las respuestas.
- Si usted no es el solicitante de PACE/PACENET, ¿cuál es su relación con él?
 a. Cónyuge o Pareja b. Hijo o Hija c. Otro Familiar d. Amigo o Vecino e. Cuidador Proveedor f. Otro
- Podría afirmar que su estado de salud en general es:
 1. Excelente 2. Muy buena 3. Bueno 4. Regular 5. Mala
- Considerando su salud física, que incluye enfermedades y lesiones, ¿durante cuántos días en los últimos 30 días no estuvo bien?
_____ días (en caso de respuesta negativa, coloque cero en la línea).
- Considerando su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas con las emociones, ¿durante cuántos días en los últimos 30 días no estuvo bien?
_____ días (en caso de respuesta negativa, coloque cero en la línea).
- En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días el mal estado de salud física o mental le impidió realizar actividades habituales, tales como el cuidado personal, el trabajo o la recreación?
_____ días (en caso de respuesta negativa, coloque cero en la línea).
- En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo describiría su salud física?
 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
- En general, ¿cuánto ha cambiado su estado de salud en el último año?
 1. Mucho Peor 2. Algo Peor 3. Poco Igual 4. Algo Mejor 5. Mucho Mejor
- ¿Cuál es su altura y peso aproximados? Altura: ___ pies ___ pulgadas Peso: _____ libras
- ¿Cuál es su nivel de escolaridad? Indique el nivel más alto completado. _____
- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces decidió no ordenar una receta médica porque era demasiado costosa?
 a. Ninguna b. 1 vez c. 2 veces d. de 3 a 5 veces e. de 6 a 9 veces f. 10 o más veces

VOLTEE LA PAGINA Y CONTINÚE

12. En los últimos 12 meses, ¿ha hecho algo de lo siguiente?:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Omitió dosis de un medicamento para que la receta dure más? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| b. ¿Redució sus gastos en comida, calefacción, u otras necesidades básicas para contar con suficiente dinero para comprar los medicamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| c. ¿Algún familiar o amigo le ayudó a pagar sus medicamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| d. ¿Obtuvo muestras gratuitas del medicamento recetado del médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |
| e. ¿Evitó acudir a un médico debido a preocupaciones sobre el costo de los medicamentos recetados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, a menudo | 2. Sí, a veces | 3. No, nunca |

13. ¿Tiene alguna dificultad para leer o comprender las instrucciones de los medicamentos que el médico o farmacéutico le dan?

1. No, no tengo dificultades para leer o comprender las instrucciones de los medicamentos.
2. Sí, a veces tengo dificultades.

En caso afirmativo, ¿qué tipo de dificultades tiene? Marque todas las opciones correctas.

- a. Problemas de visión (por ejemplo, al leer letras pequeñas).
- b. Problemas de lectura (por ejemplo, la comprensión de palabras).
- c. Dificultades porque el inglés no es mi lengua materna.
- d. Otros problemas (describa brevemente) _____

14. ¿Algún amigo o familiar puede ayudarle a leer y comprender las etiquetas de los envases de medicamentos y las instrucciones del médico o farmacéutico en caso de ser necesario?

1. Sí 2. No 3. No estoy seguro

Las siguientes preguntas se refieren a experiencias que puede haber tenido con un plan de medicamentos recetados de Medicare. Puede inscribirse en dicho plan, así como en PACE/PACENET.

(Sus respuestas no afectarán los beneficios de Medicare ni de PACE/PACENET de ninguna manera.)

15. ¿Alguna vez se inscribió en un plan de medicamentos recetados de Medicare? 1. Sí 2. No

16. En caso afirmativo, ¿aún está inscrito? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro

17. Las siguientes afirmaciones pueden o no describir sus sentimientos con respecto al plan de medicamentos recetados de Medicare más reciente en el que está o estuvo inscrito. Para cada afirmación, indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación.

	Totalmente De acuerdo	Algo De acuerdo	Algo En desacuerdo	Totalmente En desacuerdo
a. La prima del plan mensual era asequible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El deducible anual era razonable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los copagos eran asequibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los gastos totales por cuenta propia fueron razonables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El plan cubrió todos los medicamentos que el médico recetó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. El plan era muy práctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Comprendo cómo funcionó mi plan y cómo usarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO DE SALUD Y RECETAS MÉDICAS DE PACE/PACENET

Devuelva este formulario completo junto con una fotocopia de cualquier tarjeta de seguro médico o cobertura de medicamentos y la solicitud de PACE/PACENET.

Nombre del solicitante:

Sección A

Otra cobertura de medicamentos del solicitante

¿Tiene alguna otra cobertura de medicamentos?.. Sí No

¿Es una cobertura para jubilados/empleadores/miembros del sindicato?..... Sí No

¿Su tarjeta contiene el siguiente texto?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MedicareRX | <input type="checkbox"/> Tricare |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de descuentos | <input type="checkbox"/> Veteranos de guerra |
| <input type="checkbox"/> Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP) | <input type="checkbox"/> Tarjeta de acceso |

Fecha de entrada en vigor: _____

Información sobre la cobertura de medicamentos

Nombre del Plan: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN _____

N.º de RXPCN _____

N.º de RXBIN _____

N.º de RXGRP _____

N.º de CMS (comienza con una "H" o "S") _____

Otro seguro médico del solicitante

¿Tiene algún otro seguro médico?..... Sí No

¿Es una cobertura para jubilados/empleadores/miembros del sindicato?..... Sí No

¿Su tarjeta contiene el siguiente texto?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de descuentos |
| <input type="checkbox"/> Plan privado de pago por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) |
| <input type="checkbox"/> Veteranos de guerra |
| <input type="checkbox"/> Organización para el cuidado de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) |
| <input type="checkbox"/> Tricare |
| <input type="checkbox"/> Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de acceso |

Fecha de entrada en vigor: _____

Información sobre la cobertura médica

Nombre del Plan: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN _____

N.º de PCN _____

N.º de BIN _____

N.º de GRP _____

N.º de CMS (comienza con una "H" o "S") _____

Nombre del cónyuge:

Sección B

Otra cobertura de medicamentos del cónyuge

¿Tiene alguna otra cobertura de medicamentos?.. Sí No

¿Es una cobertura para jubilados/empleadores/miembros del sindicato?..... Sí No

¿Su tarjeta contiene el siguiente texto?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MedicareRX | <input type="checkbox"/> Tricare |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de descuentos | <input type="checkbox"/> Veteranos de guerra |
| <input type="checkbox"/> Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP) | <input type="checkbox"/> Tarjeta de acceso |

Fecha de entrada en vigor: _____

Información sobre la cobertura de medicamentos

Nombre del Plan: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN _____

N.º de RXPCN _____

N.º de RXBIN _____

N.º de RXGRP _____

N.º de CMS (comienza con una "H" o "S") _____

Otro seguro médico del cónyuge

¿Tiene algún otro seguro médico?..... Sí No

¿Es una cobertura para jubilados/empleadores/miembros del sindicato?..... Sí No

¿Su tarjeta contiene el siguiente texto?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de descuentos |
| <input type="checkbox"/> Plan privado de pago por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS) |
| <input type="checkbox"/> Veteranos de guerra |
| <input type="checkbox"/> Organización para el cuidado de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) |
| <input type="checkbox"/> Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) |
| <input type="checkbox"/> Tricare |
| <input type="checkbox"/> Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de acceso |

Fecha de entrada en vigor: _____

Información sobre la cobertura médica

Nombre del Plan: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN _____

N.º de PCN _____

N.º de BIN _____

N.º de GRP _____

N.º de CMS (comienza con una "H" o "S") _____

DECLARACIONES DE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Lea la siguiente información con atención

Comprendo que, al firmar la solicitud, expreso mi acuerdo con las siguientes disposiciones:

- A. Autorizo al Departamento de la Tercera Edad a divulgar toda la información de mi archivo de PACE según lo considere apropiado y a su criterio. Autorizo la divulgación de la información.
- B. Comprendo que PACE puede proporcionar mi información general, tales como los reclamos por medicamentos y los datos de uso, a fuentes externas para propósitos de investigación según lo considere apropiado.
- C. Mediante la presente, transfiero a la Mancomunidad de Pensilvania, en caso de pagos duplicados o excesivos, cualquier derecho a los beneficios de medicamentos a los que yo pueda tener derecho en virtud de cualquier otro plan de asistencia gubernamental o seguro de alguna aseguradora externa con fines de lucro.
- D. Mediante la presente, renuncio a la confidencialidad de cualquier información sobre atención médica disponible en cualquier plan Medicare Advantage (HMO), en los archivos de una aseguradora externa y en toda fuente de atención médica que incluya datos sobre mis medicamentos, en fe de lo cual firmo la presente solicitud. Autorizo la divulgación de la información para propósitos en conformidad con esta solicitud. Comprendo que PACE puede comunicarse con mi médico para obtener antecedentes médicos relevantes e información relacionada con los medicamentos recetados por los que PACE paga. Renuncio a la confidencialidad de la historia clínica y autorizo su divulgación al programa PACE.
- E. Acepto renunciar al pago de cualquier monto que provenga de una empresa aseguradora y que PACE haya pagado en mi nombre.
- F. Autorizo al Servicio de Impuestos Internos, a la Administración del Seguro Social, a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios de EE. UU., al Departamento de Ingresos de Pensilvania, al Departamento de Transporte de Pensilvania, al Sistema de Jubilación de Empleados de Escuelas Públicas, al Sistema de Jubilación de Empleados Estatales y a cualquier otra agencia federal o estatal, así como a toda institución o entidad financiera o de otro tipo, que dispongan de datos sobre mis ingresos o recursos, a divulgar información al programa PACE que verificará mi elegibilidad para dicho programa o para el subsidio por bajos ingresos en virtud del beneficio federal para medicamentos recetados de Medicare. Toda la información divulgada al Departamento de la Tercera Edad permanecerá confidencial de acuerdo con 72 P.S. §3761-517(b).
- G. Autorizo al Departamento de la Tercera Edad o a su delegado a actuar como mi representante para determinar la elegibilidad y solicitar el subsidio por bajos ingresos del beneficio de medicamentos recetados de Medicare, inscribirme en el plan de medicamentos recetados de Medicare que mejor se adapte a mis necesidades, gestionar todos los aspectos de la Parte D en mi nombre en conformidad con la ley federal y, si estoy inscrito en PACE, pagar la prima del plan seleccionado de medicamentos recetados de Medicare que sea inferior o igual a la prima de referencia regional.

En caso de que los solicitantes otorguen un poder notarial o de que se declare su incapacidad, el Departamento de la Tercera Edad aceptará al apoderado o al tutor designado por el tribunal como representante autorizado con el fin de documentar la inscripción.

¿Necesita ayuda para completar la solicitud?

Comuníquese con el Área de Servicios para Titulares de Tarjetas de PACE:
1-800-225-7223

PACE/PACENET
Apartado postal 8806
Harrisburg, PA 17105-8806
Fax: 1-888-656-0372

En línea: <https://pacecares.primetherapeutics.com>
Correo electrónico: papace@primetherapeutics.com