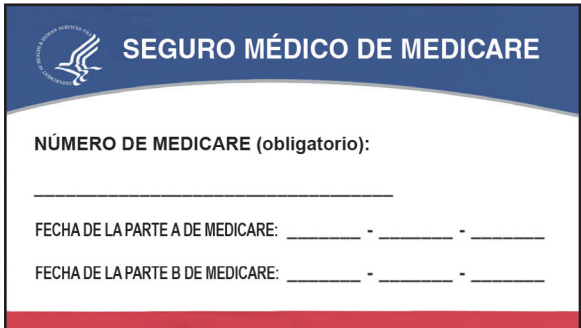


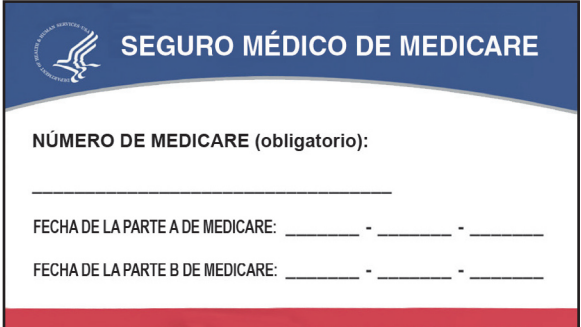
Solicitud para ☐ **usted** **o** ☐ **para usted y su cónyuge**

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				<table border="1"> <tr> <th>Estado civil (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)</th> <th>Tipo de residencia (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)</th> <th>Raza y etnia ¿Es de origen hispano, latino o español? 1. No o 2. Sí ¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo) 1. Blanca 2. Negra o afroamericana 3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska 4. Asiática 5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico</th> </tr> <tr> <td>1. Soltero/Viudo</td> <td>1. Propia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Casado</td> <td>2. Alquilada</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Divorciado Año: _____</td> <td>3. Residencia para adultos mayores</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Separado de hecho Año: _____</td> <td>4. Hogar de cuidado personal / vida asistida</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. Convivencia con un familiar</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. Otro</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí</td> <td></td> </tr> </table>			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 ¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo) 1. Blanca 2. Negra o afroamericana 3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska 4. Asiática 5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico	1. Soltero/Viudo	1. Propia		2. Casado	2. Alquilada		3. Divorciado Año: _____	3. Residencia para adultos mayores		4. Separado de hecho Año: _____	4. Hogar de cuidado personal / vida asistida			5. Convivencia con un familiar			6. Otro			¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí	
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 ¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo) 1. Blanca 2. Negra o afroamericana 3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska 4. Asiática 5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico																												
1. Soltero/Viudo	1. Propia																													
2. Casado	2. Alquilada																													
3. Divorciado Año: _____	3. Residencia para adultos mayores																													
4. Separado de hecho Año: _____	4. Hogar de cuidado personal / vida asistida																													
	5. Convivencia con un familiar																													
	6. Otro																													
	¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí																													
 SEGURO MÉDICO DE MEDICARE NÚMERO DE MEDICARE (obligatorio): _____ FECHA DE LA PARTE A DE MEDICARE: _____ - _____ - _____ FECHA DE LA PARTE B DE MEDICARE: _____ - _____ - _____ ¿Alguna vez ha servido en el ejército? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí ¿Es miembro de alguna orden religiosa? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí																														

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				<table border="1"> <tr> <th>Estado civil (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)</th> <th>Tipo de residencia (marque la respuesta con un círculo) (obligatorio)</th> <th>Raza y etnia ¿Es de origen hispano, latino o español? 1. No o 2. Sí ¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo) 1. Blanca 2. Negra o afroamericana 3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska 4. Asiática 5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico</th> </tr> <tr> <td>1. Soltero/Viudo</td> <td>1. Propia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Casado</td> <td>2. Alquilada</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Divorciado Año: _____</td> <td>3. Residencia para adultos mayores</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Separado de hecho Año: _____</td> <td>4. Hogar de cuidado personal / vida asistida</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5. Convivencia con un familiar</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6. Otro</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí</td> <td></td> </tr> </table>			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 ¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo) 1. Blanca 2. Negra o afroamericana 3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska 4. Asiática 5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico	1. Soltero/Viudo	1. Propia		2. Casado	2. Alquilada		3. Divorciado Año: _____	3. Residencia para adultos mayores		4. Separado de hecho Año: _____	4. Hogar de cuidado personal / vida asistida			5. Convivencia con un familiar			6. Otro			¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí	
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 ¿Cuál es su raza? (Marque una o más respuestas con un círculo) 1. Blanca 2. Negra o afroamericana 3. Indígena norteamericana o nativa de Alaska 4. Asiática 5. Nativa de Hawái u otra raza de las Islas del Pacífico																												
1. Soltero/Viudo	1. Propia																													
2. Casado	2. Alquilada																													
3. Divorciado Año: _____	3. Residencia para adultos mayores																													
4. Separado de hecho Año: _____	4. Hogar de cuidado personal / vida asistida																													
	5. Convivencia con un familiar																													
	6. Otro																													
	¿Está confinado en casa? 1. No o 2. Sí																													
 SEGURO MÉDICO DE MEDICARE NÚMERO DE MEDICARE (obligatorio): _____ FECHA DE LA PARTE A DE MEDICARE: _____ - _____ - _____ FECHA DE LA PARTE B DE MEDICARE: _____ - _____ - _____ ¿Alguna vez ha servido en el ejército? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí ¿Es miembro de alguna orden religiosa? (marque la respuesta con un círculo) 1. No o 2. Sí																														

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 imposables 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: () _____
---	---

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?

☐ MedicareRX

☐ Tricare

☐ Tarjeta de descuentos

☐ Veteranos de guerra

☐ Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP)

☐ 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?

☐ Tarjeta de descuentos

☐ Plan privado de pago por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS)

☐ Veteranos de guerra

☐ Organización para el cuidado de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)

☐ Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP)

☐ Tricare

☐ Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)

☐ 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?

☐ MedicareRX

☐ Tricare

☐ Tarjeta de descuentos

☐ Veteranos de guerra

☐ Plan de medicamentos recetados (Prescription Drug Plan, PDP)

☐ 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?

☐ Tarjeta de descuentos

☐ Plan privado de pago por servicio (Private Fee-For-Service, PFFS)

☐ Veteranos de guerra

☐ Organización para el cuidado de la salud (Health Maintenance Organization, HMO)

☐ Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP)

☐ Tricare

☐ Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)

☐ 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