Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey
División de Servicios de la Vejez
Programas de Seguro de Salud para Adultos Mayores y Discapacitados
P.O. Box 715
Trenton, NJ 08625-0715
www.nj.gov/humanservices

SOLICITUD UNIVERSAL PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FARMACEUTICA Y SALUD PARA ADULTOS MAYORES Y DISCAPACITADOS (PAAD), DESCUENTOS EN RECETAS MÉDICAS SÉNIOR GOLD, LIFELINE, PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE (MSP) Y OTROS QUE INCLUYEN BENEFICIOS ESPECIALES

La solicitud NJSave adjunta es una fuente de ayuda ofrecida por el Estado de Nueva Jersey que puede ahorrarle hasta $5,000 anualmente en recetas, Medicare y otros costos.

Sea tan amable de llenar y regresar la solicitud conjuntamente con todos los documentos solicitados en el sobre provisto que incluye la dirección del remitente y el franqueo postal prepagado. Esta solicitud única le brinda acceso a numerosos programas y otros beneficios especiales incluyendo los siguientes:

- **Los programas de ahorros de medicare (MSP) Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (SLMB) y Individuo Calificado para SLMB (SLMBQI-1).**Si es elegible, estos programas pagan su prima mensual de Medicare Parte B, que actualmente le cuesta a la mayoría de las personas $144.60 al mes;

- **Los programas de Asistencia Farmacéutica para Adultos Mayores y Discapacitados (PAAD) o Descuentos en Recetas Médicas Senior Gold.** El programa PAAD ayuda con el costo de sus medicamentos recetados, incluyendo el pago de ciertas primas y deducibles de Medicare Parte D. Senior Gold es un programa de descuentos para medicamentos recetados para los individuos que no son elegibles para el PAAD;

- **El programa de Crédito en Servicios Básicos Lifeline/Asistencia Lifeline para Inquilinos.** Este programa ofrece un beneficio para servicios básicos de $225 sobre sus cuentas de energía eléctrica y gas provisto que cumpla con los requisitos de elegibilidad para el PAAD;

- **El programa de Asistencia de Ayuda Auditiva para Personas Mayores y Discapacitados (HAAAD).** Este programa le otorga un reembolso de $100 para ayudar a compensar la compra de un audífono si cumple con los requisitos de elegibilidad del PAAD;

- **Pruebas para ayuda adicional con Medicare Parte D.** Este programa cubre los costos del plan de medicamentos recetados Medicare Parte D, para aquellos individuos elegibles para el PAAD;

- **Prueba para beneficio provistos por el Fondo de Servicio Universal (USF) y el Programa Asistencia para Gastos de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP).** Estos son dos programas adicionales que lo ayudarán, si es elegible, a pagar sus cuentas de servicios básicos;

- **Tarifas reducidas para vehículos automotores.** Este beneficio está disponible a través del Departamento de Vehículos Automotores para aquellos individuos elegibles para el PAAD;

- **Congelación al impuesto sobre bienes inmuebles.** Este beneficio está disponible a través de la División de Impuestos a todos los individuos elegibles.

Para obtener mas información,

visite www.aging.nj.gov

o, llame al 1-800-792-9745

Programa	Requisitos de elegibilidad	Beneficios
Programa de ahorros de Medicare: Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (SLMB) y Individuo Calificado para SLMB (SLMBQI-1)	Para ser elegible para el SLMB/ SLMB QI1, usted debe: 1. Ser un residente del Estado de Nueva Jersey 2. Ser elegible o estar inscrito en Medicare Parte A (Hospital) y Medicare Parte B (Médico) 3. Tener ingresos iguales o menores a $17,232 (soltero) y $23,280 (casado) 4. Tener recursos líquidos de no más de $7,860 (soltero) o $11,800 (casado)	El pago de la prima de Medicare Parte B y cualquier penalidad por inscripción tardía a Medicare Parte B.
Programa de Asistencia Farmacéutica para Adultos Mayores y Discapacitados (PAAD)	Para ser elegible para el PAAD, usted debe: 1. Ser un residente del Estado de Nueva Jersey 2. Tener 65 años o más O tener entre 18 y 64 años Y recibir beneficios de Seguro Social por Incapacidad 3. Tener ingresos: menores de $28,399 (soltero) o menos de $34,817 (casado)	El copago del PAAD es: • $5 por medicamento genérico cubierto por el PAAD. • $7 por medicamento de marca cubierto por el PAAD. Pago de prima para ciertos planes de medicamentos recetados de Medicare Parte D.
Programa de Crédito en Servicios Básicos Lifeline/Asistencia Lifeline para Inquilinos	**Igual que el PAAD**	Beneficio anual de $225 aplicado a la cuenta de servicios básicos, o en beneficio del inquilino, en la forma de un cheque.
Descuentos de Recetas Médicas Senior Gold	Los solicitantes de Senior Gold no califican para los Programas de Crédito en Servicios Básicos Lifeline/ Asistencia Lifeline para Inquilinos o para el programa Asistencia para Audífonos para Adultos Mayores y Discapacitados no necesitan responder a las preguntas relacionadas a estos programas. Para ser elegible para Senior Gold, usted debe: 1. Ser un residente del Estado de Nueva Jersey 2. Tener 65 años o más O tener entre 18 y 64 años Y recibir beneficios de Seguro Social por Incapacidad 3. Tener ingresos: entre $28,399 y $38,399 (soltero) o entre $34,817 y $44,817 (casado)	El copago por Senior Gold para los medicamentos cubiertos según Senior Gold es de $15 + 50% del costo restante de la receta o el costo real de los medicamentos, lo que resulte menor. (El copago cambiará si se dan cambios al precio del medicamento). Límite catastrófico: $2,000 (soltero) $3,000 (casado) Una vez que los gastos de bolsillo anuales del beneficiario lleguen al límite catastrófico, el copago será de $15 por el saldo del periodo de elegibilidad.

Departamento de Servicios Humanos
Programas de Asistencia Farmacéutica para Adultos Mayores y Discapacitados, Programas Lifeline y de beneficios especiales
Descuentos de Recetas Médicas Senior Gold
Programas de Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (SLMB) y Individuo Calificado para SLMB (SLMBQI-1)

Este formulario será escaneado para la captura de datos computarizada. Siga estas instrucciones para asegurar que su solicitud sea procesada de forma rápida y precisa.

- **Use tinta azul o negra. No use tinta roja o lápiz.**
- **Escriba de forma clara en letras de imprenta mayúsculas (ver ejemplos a continuación).**
- **Escriba solo un número o letra en cada casilla.**
- **Manténgase dentro de las casillas.**
- **Corrija los errores con corrector líquido blanco.**

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llame a nuestro número gratis al 1-800-792-9745.

Este formulario debe ser llenado completamente y devuelto a:

PAAD/Senior Gold
PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715

NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS DE APOYO ORIGINALES. ENVÍE COPIAS. LOS ORIGINALES NO SERÁN REGRESADOS.

A P 2 H P 0 1 1 5 0

Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey
Programa de Ahorros de Medicare (MSP)
Asistencia Farmacéutica para Adultos Mayores y Discapacitados (PAAD),
Programas Lifeline y de Beneficios Especiales
Programa de Descuentos para Recetas Sénior Gold (Senior Gold)
PO Box 715, Trenton, NJ 08625-0715 Llamada gratuita 1-800-792-9745

Estoy solicitando:

Asistencia con las recetas ☐ **Beneficios de servicios básicos Lifeline** ☐ **Programas de ahorros de Medicare (MSP)** ☐

ESCRIBA SU NOMBRE EN LA PARTE SUPERIOR DE CADA PÁGINA.

1. Escriba su nombre, fecha de nacimiento y sexo. Escriba su número de Seguro Social. Use LETRAS MAYÚSCULAS. Escriba solo un número o letra en cada casilla. Escriba la fecha de nacimiento verificada por el Seguro Social.

Apellido ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sufijo (Jr., Sr., etc.)** ☐☐☐☐

Primer Nombre ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Inicial del segundo nombre** ☐ **Sexo** Masculino/Femenino ☐

Número de Seguro Social ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ **Fecha de Nacimiento** Mes ☐☐ / Día ☐☐ / Año ☐☐☐☐

2. Si su esposo/a también está haciendo la solicitud, los dos deben completar solicitudes separadas. Incluso si su esposo/a no está haciendo una solicitud, necesitamos respuestas a todas las preguntas y las firmas de ambos, si están casados y viven juntos.

Apellido de Esposo/a ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Sufijo (Jr., Sr., etc.)** ☐☐☐☐

Primer Nombre ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Inicial del segundo nombre** ☐ **Sexo** Masculino/Femenino ☐

Número de Seguro Social de esposo/a ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ **Fecha de Nacimiento** Mes ☐☐ / Día ☐☐ / Año ☐☐☐☐

3. Identifique su estado civil actual. Pro favor X solo una casilla.

Casado ☐ Separado* ☐ Soltero ☐

Viudo ☐ Divorciado ☐

3a. ¿Su estado civil cambió el año pasado? **SÍ** ☐ **NO** ☐ Liste la fecha del cambio ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Mes / Día / Año

*Si está separado de su esposo/a, llame al número gratuito de arriba para solicitar un formulario de 'Declaración Jurada de Separación' que debe acompañar a esta solicitud.

3b. ¿Su esposo/a y usted, si están casados, residen en un centro de atención a largo plazo (hogar de ancianos)? Si su respuesta es SÍ, presente una carta del centro indicando la fecha de admisión.

USTED: **SÍ** ☐ **NO** ☐

ESPOSO/A: **SÍ** ☐ **NO** ☐

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

A P 2 H P 0 2 1 5 0

Nombre: _____

4. Liste su dirección en Nueva Jersey (dirección física postal real) abajo y presente prueba. ¿Este es su lugar principal de residencia? **SÍ** ☐ **NO** ☐

Dirección física

Ciudad Estado

Código Postal -

UNA RESIDENCIA POR TEMPORADA O TEMPORAL EN NJ DE CUALQUIER DURACIÓN, NO CALIFICA COMO SU LUGAR PRINCIPAL DE RESIDENCIA PARA LOS PROGRAMAS PAAD, LIFELINE, HAAAD, SENIOR GOLD Y SLMB.

Presente dos (2) pruebas de residencia con esta solicitud. Las pruebas deben ser actuales y estar fechadas. La fecha debe ser claramente visible y dentro de los últimos 6 meses.

Si utiliza una casilla postal o dirección de correo complete también la pregunta 5 a continuación y presente prueba de su dirección física real. Para aquellos que sirvan como Apoderados (Power of Attorney, POA) o bajo el cuidado del solicitante, complete la pregunta 5 a continuación y presente copia del Poder/Tutela, prueba de la dirección física real del solicitante y la dirección actual del Apoderado/Tutor.

Algunos ejemplos de pruebas de residencia aceptables son:

- ✓ Registros públicos y recibos de servicios básicos (p. ej., factura por calefacción, factura de electricidad, factura telefónica, etc.)
- ✓ Registros del Seguro Social
- ✓ Facturas de negocios o profesionales (p. ej., médicos, farmacias, etc.)
- ✓ Registros postales

5. Ingrese su Dirección Postal (si es diferente a la dirección de su hogar).

Dirección

Ciudad Estado

Código Postal -

6. ¿Usted o su esposo/a presentaron una declaración de impuestos Federal o Estatal el año pasado? **SÍ** ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo, debe presentar copias firmadas de cada declaración, incluyendo todos los anexos, con esta solicitud.

A P 2 H P 0 3 1 5 0

Nombre: _____

Ingresos

7. Si usted (o su esposo/a) reciben ingresos de cualquiera de las fuentes listadas a continuación, ingrese el ingreso **ANUAL actual. NO ESCRIBA LOS CENTAVOS.** Marque **"NINGUNO"** si se aplica. Si está solicitando el Programa de Ahorro de Medicare, debe presentar documentación que verifique todos sus ingresos. Las pruebas aceptables son listadas bajo cada fuente de ingresos. **Solo liste sus ingresos por Seguro Social en la Pregunta 14.**

• Jubilación Ferroviaria *Declaración actual de la RRB*	**USTED:** **ESPOSO/A** (si está casado):	**NINGUNO** ☐ **NINGUNO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐ $ ☐☐ , ☐☐☐
• Beneficios para Veteranos *Documento VA actual. Si "Ayuda y Asistencia" está incluida en su beneficio, presente un desglose detallado.*	**USTED:** **ESPOSO/A** (si está casado):	**NINGUNO** ☐ **NINGUNO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐ $ ☐☐ , ☐☐☐
• Otras Pensiones *Talonario de la pensión o carta del pagador de la pensión listando el beneficio bruto.*	**USTED:** **ESPOSO/A** (si está casado):	**NINGUNO** ☐ **NINGUNO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐ $ ☐☐ , ☐☐☐
• Anualidades *Carta del pagador de la anualidad listando el beneficio bruto.*	**USTED:** **ESPOSO/A** (si está casado):	**NINGUNO** ☐ **NINGUNO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐ $ ☐☐ , ☐☐☐
• Otros ingresos no listados previamente, incluyendo ingresos netos por alquileres, compensación para trabajadores, pensión alimenticia. *(Especifique a continuación) Documentación oficial para verificar cantidades recibidos.* Alquiler Neto ☐ Pensión Alimenticia ☐ Comp para Trabajadores ☐ Otro ☐	**USTED:** **ESPOSO/A** (si está casado):	**NINGUNO** ☐ **NINGUNO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐ $ ☐☐ , ☐☐☐

8. ¿Algunas de las cantidades listadas previamente disminuyeron durante los últimos dos años? **SÍ** ☐ **NO** ☐

9. ¿Usted (o su esposo/a) trabajaron durante los últimos 2 años?

USTED: **SÍ** ☐ **NO** ☐

ESPOSO/A: **SÍ** ☐ **NO** ☐

10. Si usted (o su esposo/a) respondieron **SÍ**, liste **las cantidades ANUALES totales** abajo:

• Salario (bruto, antes de deducciones de nómina) *Talonario de pago más reciente*	**USTED:** **ESPOSO/A** (si está casado):	**NINGUNO** ☐ **NINGUNO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐ $ ☐☐ , ☐☐☐
• Trabajo por cuenta propia (neto, después de gastos) *Prueba de gastos y ingresos*	**USTED:** **ESPOSO/A** (si está casado):	**NINGUNO** ☐ **NINGUNO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐ $ ☐☐ , ☐☐☐

• Si usted (o su esposo/a) esperan una pérdida neta por trabajo por cuenta propia, marque una X aquí: **USTED:** ☐ **ESPOSO/A:** ☐

11. ¿Algunos de las cantidades listados previamente disminuyeron durante los últimos dos años? **SÍ** ☐ **NO** ☐

A P 2 H P 0 4 1 5 0

Nombre: _____

12. Si usted (o su esposo/a) recientemente dejaron de trabajar o planean dejar de hacerlo, ingrese el mes y el año.

EJEMPLO:

Para Enero a Septiembre, ponga un cero (0) en la primera casilla.

Septiembre 2020 **0 9 - 2 0 2 0**

	Mes	Año
USTED:		- 2 0
ESPOSO/A (si está casado):		- 2 0

- **Si tiene 65 años o más, salte la pregunta 13**
- **Si está casado y vive con su esposo/a y ambos tienen 65 años o más, salten la pregunta 13.**

13. ¿Usted (o su esposo/a, si está casado) tiene que pagar por cosas que le permiten trabajar? Beneficio Adicional con Medicare Parte D contará únicamente una parte de sus ingresos hacia el límite de ingresos por Beneficio Adicional si trabaja y recibe beneficios del Seguro Social en base a una discapacidad o ceguera y tiene gastos relacionados al trabajo por los que no es reembolsado. Ejemplos de tales gastos incluyen: el costo de tratamiento médico y medicamentos para el SIDA, cáncer, depresión, o epilepsia; silla de ruedas, servicios de asistencia personal; modificaciones vehiculares, asistencia de chofer o otras necesidades especiales relacionadas al trabajo; tecnología asistencial relacionada al trabajo; gastos de perro guía; ayudas visuales y sensoriales, y traducciones Braille.

USTED:	**SÍ**	**NO**
ESPOSO/A (si está casado):	**SÍ**	**NO**

14. Si usted (o su esposo/a) reciben ingresos de cualquiera de las fuentes listadas a continuación, el ingreso **ANUAL actual total.** Si está solicitando el Programa de Ahorros de Medicare, debe presentar documentación que verifique todos sus ingresos. Las pruebas aceptables son listadas bajo cada fuente de ingresos.

• Beneficios del Seguro Social (Netos) *Prueba de depósito directo del Seguro Social*	**USTED:**	**NINGUNO**	$,
	ESPOSO/A (si está casado):	**NINGUNO**	$,
• Prima de Medicare Parte B *si es deducida de su cheque del Seguro Social*	**USTED:**	**NINGUNO**	$,
	ESPOSO/A (si está casado):	**NINGUNO**	$,
• Prima de Medicare Parte D *si es deducida de su cheque del Seguro Social*	**USTED:**	**NINGUNO**	$,
	ESPOSO/A (si está casado):	**NINGUNO**	$,
• Interés (Incluyendo exención fiscal) *Estados de cuenta de intereses ganados del año a la fecha*	**USTED:**	**NINGUNO**	$,
	ESPOSO/A (si está casado):	**NINGUNO**	$,
• Dividendos *Estado de ganancias de dividendos hasta la fecha*	**USTED:**	**NINGUNO**	$,
	ESPOSO/A (si está casado):	**NINGUNO**	$,
• Distribuciones del IRA *carta del pagador del IRA listando la distribución bruta*	**USTED:**	**NINGUNO**	$,
	ESPOSO/A (si está casado):	**NINGUNO**	$,

A P 2 H P 0 5 1 5 0

Nombre: _____

Subvención de bajos ingresos y ACTIVO del SLMB

Para recibir Beneficio Adicional con Medicare Parte D, sus recursos no deben ser mayores a $14,610 si es soltero/a y no más de $29,160 si está casado.

Para recibir los beneficios de SLMB, sus activos no deben ser mayores a $7,860 si es soltero/a y no mayores de $11,800 si está casado.

AVISO IMPORTANTE:
La información de los activos NO SERÁ usada como requisito por el Estado de Nueva Jersey para los Programas de PAAD, Lifeline, HAAAD o Senior Gold. Se requiere la información de los activos para determinar la elegibilidad para los beneficios Adicional con Medicare Parte D y SLMB y solamente será usada para ese propósito.

15. ¿Sus ahorros, inversiones y bienes inmuebles (aparte de su hogar) valen más de $14,610 si es soltero/a? Si está casado, ¿valen más de $29,160? Incluya cosas que sean suyas, con su esposo/a o con otra persona. NO incluya el valor de su hogar, sus vehículos, lotes de entierro, o posesiones personales en esta cantidad para Ayuda Adicional con Medicare Parte D. RECUERDE: SLMB cuenta con un límite de activos menor y los mismos son contados de forma diferente.

SÍ ☐ **NO / NO ESTOY SEGURO** ☐

Si pone una X en la casilla de SÍ, no es elegible para Beneficio Adicional o SLMB, salte las preguntas 16 hasta la 24 y continúe en la pregunta 25.

16. Ingrese la cantidad de dinero en sus cuentas bancarias, inversiones o en efectivo que sean suyas, de su esposo/a (si está casado) o de ambos en las casillas de abajo. Incluya los artículos de propiedad de cualquiera de ustedes con otra persona. Si usted o su esposo/a (si está casado) no son propietarios de ninguno de los artículos listados, sea de forma separada, conjunta, o con otra persona, marque una X en la casilla de NINGUNO.

- Cuentas bancarias (corriente, ahorros, y certificados de depósito) **NINGUNO** ☐ $ ☐☐ , ☐☐☐
- Acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, Cuentas de Jubilación Individuales o otras inversiones similares **NINGUNO** ☐ $ ☐☐ , ☐☐☐
- Cualquier otra cantidad de efectivo en su hogar o en otro lugar **NINGUNO** ☐ $ ☐☐ , ☐☐☐

17. ¿Usted (o su esposo/a, si está casado) es propietario de un vehículo? **SÍ** ☐ **NO** ☐

¿El vehículo es usado para el trabajo o para su transporte a servicios de atención médica? **SÍ** ☐ **NO** ☐

Liste todos los vehículos (si necesita más espacio adjunte una hoja de papel adicional)

Nombre del propietario	Año/Marca	Cantidad debida	Valor actual
			$ ☐☐ , ☐☐☐
			$ ☐☐ , ☐☐☐

A P 2 H P 0 6 1 5 0

Nombre: _____

18. ¿Espera usar dinero de cualquiera de las fuentes listadas en la pregunta 16 para pagar por gastos funerarios o de entierro para usted mismo (o su esposo/a, si está casado)?

USTED:	**SÍ** ☐	**NO** ☐
ESPOSO/A (si está casado):	**SÍ** ☐	**NO** ☐

19. Aparte de su hogar y la propiedad en la que está ubicado, ¿usted (o su esposo/a, si está casado) son dueños de cualquier bien inmueble?

SÍ ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo, liste el valor y envíe la factura fiscal para verificación. $ ☐☐☐ , ☐☐☐

20. Su situación de vida puede afectar la cantidad de ayuda que puede obtener de Medicare Parte D. Por esto, necesitamos conocer cuántos de los parientes que viven con usted (y si su esposo/a, si está casado) dependen de usted o de su esposo/a para proveer por lo menos mitad de su apoyo financiero. Los parientes pueden incluir a cualquiera que se le relacione por sangre, matrimonio o adopción.

¿Cuántos parientes que viven con usted y su esposo/a dependen de usted o su esposo/a para brindar por lo menos la mitad de su apoyo financiero? **No incluya en esta cifra a usted ni a su esposo/a.** (Ponga una X en solo una casilla).

NINGUNO	1	2	3	4	5	6	7	8	9 o más
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. ¿Usted (o su esposo/a, si está casado) son propietarios de bienes personales de valor como joyas, colecciones de monedas/estampillas, pieles, etc.? (NO incluya anillos de boda y compromiso).

SÍ ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo, liste el valor de todos los bienes personales de valor: $ ☐☐☐ , ☐☐☐

Ley de Privacidad del Seguro Social

La Sección 1860 D-14 de la Ley del Seguro Social, según enmienda, autorizó la recopilación de la información solicitada en este formulario. La información que nos brinde será útil para permitir que la Administración del Seguro Social (SSA) determine si es elegible para obtener ayuda para pagar su parte del costo del Plan de Medicamentos Recetados. Al presentar esta solicitud, reconoce y comprende que la SSA revisará sus estados de cuenta y los comparará con los registros de las agencias Federales, Estatales y locales gubernamentales, incluyendo el Servicio de Impuestos Internas (IRS), para asegurarse que la determinación sea correcta. Usted no tiene que darnos la información solicitada. Sin embargo, si no proporciona toda o parte de la información, puede que podamos tomar una decisión oportuna y precisa sobre su solicitud.

La SSA podrá revelar su información a otra persona o a otra agencia, de acuerdo a los usos rutinarios aprobados, que pueden incluir, sin limitaciones, para determinar su elegibilidad para ciertos programas gubernamentales o para cumplir con la ley Federal.

A P 2 H P 0 7 1 5 0

Nombre: _____

22. Activos líquidos incluyen efectivo o cualquier artículo que puede ser fácilmente convertido en efectivo. Estos pueden incluir, entre otros, cuentas corrientes, cuentas de ahorros, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuos, fondos del mercado monetario, cuentas de jubilación individuales, anualidades, fideicomisos, bonos de ahorro, letras o bonos del tesoro.

Debe presentar estados de cuenta bancarios o estados financieros. Los estados de cuenta deben incluir:

- Nombre de la institución financiera (nombre del banco)
- Nombre(s) del (de los) titular(es) de la cuenta
- Todas las páginas de cada estado de cuenta
- El primer día del mes
- Toda la actividad de la cuenta y los saldos (no tache o oscurezca las entradas)

Debe de identificar la fuente de todos los depósitos/transferencias en la(s) cuenta(s) y proveer prueba del (de los) depósito(s) de su Seguro Social. Si tiene su Seguro Social o otro ingreso depositado directamente en una tarjeta de débito prepagada, debe presentar el(los) estado(s) de cuenta de los saldos de la tarjeta de débito.

Liste el tipo de cuenta, la institución financiera (nombre del banco), el número de cuenta y el saldo en cada cuenta. Ingrese la cantidad de dinero en sus cuentas bancarias o inversiones que sean suyas, de su esposo/a (si está casado) o de ambos en las casillas de abajo. Incluya los artículos de propiedad de cualquiera de ustedes con otra persona. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel separada.

Si no es dueño de ninguna cuenta bancaria, debe explicar cómo cobra su cheque del Seguro Social.

Tipo de cuenta	Institución financiera	Número de cuenta	Saldo de cuenta/ valor de mercado
			$ ☐☐ , ☐☐☐
			$ ☐☐ , ☐☐☐
			$ ☐☐ , ☐☐☐
			$ ☐☐ , ☐☐☐

23. ¿Usted (o su esposo/a, si está casado) tienen pólizas de seguro de vida? **SÍ** ☐ **NO** ☐

En caso afirmativo, ingrese el valor nominal total y valor de rescate en efectivo de sus pólizas y las de su esposo/a, listadas abajo.

- Valor nominal es la cantidad que la póliza paga al momento en caso de muerte.
- El valor de rescate en efectivo es cuánto dinero usted obtendría si intercambiara sus pólizas por efectivo hoy mismo.

Necesitará llamar a sus empresas aseguradoras para solicitar documentación que muestre el tipo de póliza (p. ej., a Término, de Vida Entera) y por los valores actuales. Debe presentar documentación oficial actual para todas las pólizas de seguro de vida.

NO envíe su póliza de seguro de vida o el cuadro o la tabla de valores de su póliza.

		VALOR NOMINAL TOTAL	VALOR DE RESCATE EN EFECTIVO TOTAL
USTED:	**SÍ** ☐ **NO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐	$ ☐☐ , ☐☐☐
ESPOSO/A:	**SÍ** ☐ **NO** ☐	$ ☐☐ , ☐☐☐	$ ☐☐ , ☐☐☐

A P 2 H P 0 8 1 5 0

Nombre: _____

24. ¿Usted (o su esposo/a) tienen fondos reservados para su entierro? Liste el valor actual correspondiente a estos arreglos abajo. En caso de que no, marque una X en la casilla de NINGUNO. Debe **PRESENTAR DOCUMENTACIÓN OFICIAL** para un funeral prepagado o otro dinero para cuenta(s) de entierro.

a. Arreglos irrevocables (El funeral es prepagado y no puede ser cobrado) ¿Cuál es el valor?	**USTED:**	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐
	ESPOSO/A: (si está casado)	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐
b. Otros arreglos prepagados (Arreglos revocables) ¿Cuál es el valor?	**USTED:**	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐
	ESPOSO/A: (si está casado)	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐
c. Artículos de espacio de entierro (Lotes, ataúdes, lápidas, bóvedas, costos de apertura/cierre) ¿Cuál es el valor?	**USTED:**	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐
	ESPOSO/A: (si está casado)	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐
d. Otro dinero para entierro ¿Cuál es el valor?	**USTED:**	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐
	ESPOSO/A: (si está casado)	NINGUNO ☐	$ ☐☐,☐☐☐

SOLO PARA USO INTERNO

A P 2 H P 0 9 1 5 0

Nombre: _____

25. Información de Medicare

Liste el(los) Número(s) de Reclamo de Medicare y sufijo o Número(s) de Jubilación Ferroviaria y prefijo, suyo (y de su esposo/a, si está casado), exactamente como se muestra en su(s) tarjeta(s) de Medicare, si corresponde. Indique la cobertura de Medicare y la(s) fecha(s) de entrada en vigencia suyas (y de su esposo/a, si está casado).

USTED:

Si NO tiene cobertura de Medicare ponga una X aquí ▶ ☐

Número de Reclamo de Medicare ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐ O Prefijo ☐☐☐ Número de Reclamo de Medicare de Jubilación Ferroviaria ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cobertura de Medicare:				Mes / Día / Año
Parte A (Hospital):	**SÍ** ☐	**NO** ☐	Fecha efectiva	☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
Parte B (Médico):	**SÍ** ☐	**NO** ☐	Fecha efectiva	☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
Parte D (Recetas):	**SÍ** ☐	**NO** ☐	Fecha efectiva	☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Si se inscribió en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, identifique su Plan de Medicamentos Recetados (PDP).

Nombre de Plan: _____

ESPOSO/A (si está casado):

Si NO tiene cobertura de Medicare ponga una X aquí ▶ ☐

Número de Reclamo de Medicare ☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐ O Prefijo ☐☐☐ Número de Reclamo de Medicare de Jubilación Ferroviaria ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cobertura de Medicare:				Mes / Día / Año
Parte A (Hospital):	**SÍ** ☐	**NO** ☐	Fecha efectiva	☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
Parte B (Médico):	**SÍ** ☐	**NO** ☐	Fecha efectiva	☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
Parte D (Recetas):	**SÍ** ☐	**NO** ☐	Fecha efectiva	☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Si se inscribió en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, identifique su Plan de Medicamentos Recetados (PDP).

Nombre de Plan: _____

AVISO IMPORTANTE: Para ser elegible para el PAAD o Senior Gold, debe estar inscrito en Medicare D si es elegible para Medicare A o está inscrito en Medicare B. Si está prohibido de inscribirse en Medicare D por razones específicas, debe indicar esto en la pregunta 26.

A P 2 H P 1 0 1 5 0

Nombre: _____

26. Seguro de Salud

Si usted o su esposo/a actualmente cuentan con cobertura de seguro de salud (con o sin beneficios de medicamentos recetados) con CUALQUIER empresa aseguradora, complete esta sección. **Una copia del anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro de salud deben estar adjuntas a su aplicación.** Si participa con más de una (1) empresa aseguradora, proporcione información sobre todas ellas. Use una hoja separada si es necesario.

USTED:

¿Cuenta con cobertura de seguro de salud además de Medicare?

En caso afirmativo, lístela: **SÍ** ☐ **NO** ☐

Organización de Seguro de Salud: _____

- ¿Este seguro cubre medicamentos recetados? **SÍ** ☐ **NO** ☐
- En caso afirmativo, ¿cuál es el copago por las recetas? $_____

¿Este seguro de salud es a través de un plan de jubilación o grupal de empleados? **SÍ** ☐ **NO** ☐

Si su respuesta es **SÍ**, identifique el nombre de su empleador/sindicato, dirección y número de teléfono.

Nombre de Empleador/Sindicato: _____ Número de Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

Su plan de salud de jubilados/sindical le informó que si se inscribe en el Plan de Medicamentos recetados de Medicare esto afectará su cobertura (o la de sus dependientes) de seguro de salud O que su cobertura de seguro de salud actual es considerada 'cobertura acreditable'?

En caso afirmativo, presente una copia de la documentación de jubilados/sindical con esta solicitud. **SÍ** ☐ **NO** ☐

ESPOSO/A:

¿Cuenta con cobertura de seguro de salud además de Medicare?

En caso afirmativo, lístela: **SÍ** ☐ **NO** ☐

Organización de Seguro de Salud: _____

- ¿Este seguro cubre medicamentos recetados? **SÍ** ☐ **NO** ☐
- En caso afirmativo, ¿cuál es el copago por las recetas? $_____

¿Este seguro de salud es a través de un plan de jubilación o grupal de empleados? **SÍ** ☐ **NO** ☐

Si su respuesta es **SÍ**, identifique el nombre de su empleador/sindicato, dirección y número de teléfono.

Nombre de Empleador/Sindicato: _____ Número de Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

Su plan de salud de jubilados/sindical le informó que si se inscribe en el Plan de Medicamentos recetados de Medicare esto afectará su cobertura (o la de sus dependientes) de seguro de salud o que su cobertura de seguro de salud actual es considerada 'cobertura acreditable'?

En caso afirmativo, presente una copia de la documentación de jubilados/sindical con esta solicitud. ☐ ☐

Recuerde incluir copias del frente y la parte de atrás de su(s) tarjeta(s) de seguro de salud y de cualquier tarjeta farmacéutica.

FOR OFFICE USE ONLY

_____ _____ _____ _____

_____ _____ _____ _____

A P 2 H P 1 1 1 5 0

Nombre: _____

27. Programa de Credito Lifeline/ Programa de asistencia para inquilinos

¿Está aplicando por los beneficios Lifeline para servicios básicos o inquilinos? **SÍ** ☐ **NO** ☐
Si su respuesta es **SÍ**, complete solo la sección A o B, no ambas.

Marque **NO** si **no es cliente de Energía Eléctrica o Gas Natural** Y **sus servicios básicos NO están incluidos en el pago de su alquiler.** Los beneficiarios de Seguridad de Ingreso Suplementario no deben aplicar, el beneficio de servicios básicos Lifeline ya está incluido en los cheques mensuales de SSI. Únicamente un beneficio ANUAL Lifeline de $225 será emitido por hogar. Cuando dos o más personas comparten un hogar, Lifeline solo aceptará una solicitud de ese hogar.

A. PROGRAMA DE CRÉDITO LIFELINE:

Ingrese el(los) número(s) de cuenta de servicios básicos como está(n) listado(s) en la(s) factura(s). **Envie una copia de su factura/estado de cuenta más reciente.** La(s) factura(s) deben mostrar su nombre, dirección y número de cuenta. Liste el nombre como se muestra en la factura y identifique la relación de esa persona con el solicitante.

Código de Servicios Básicos

01 Public Service Electric & Gas
02 Elizabethtown Gas
03 NJ Natural Gas
04 South Jersey Gas
05 Atlantic City Electric
06 Jersey Central Power & Light
07 Orange/Rockland Electric
08 Sussex Rural Electric
09 Butler Electric
10 Lavallette Electric Dept
11 Madison Water and Light Dept
12 Milltown Electric Dept
13 Park Ridge Electric Dept
14 Pemberton Electric Dept
15 Seaside Heights Electric Dept
16 South River Bd of Public Works
17 Vineland Municipal Utilities

No change_____ Cat/C _____

S/C _____ C/C_____

Compañía eléctrica Código de Servicios Básicos ☐☐ Número de cuenta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nombre en la Factura de Electricidad

Nombre ☐☐☐☐☐☐☐☐ Apellido ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Relación con el Solicitante

Yo ☐ Esposo/a ☐ Familiar ☐ Dueño ☐ Otro ☐

Compañia de gas Código de Servicios Básicos ☐☐ Número de cuenta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nombre en Factura de Gas

Nombre ☐☐☐☐☐☐☐☐ Apellido ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Relación con el Solicitante

Yo ☐ Esposo/a ☐ Familiar ☐ Dueño ☐ Otro ☐

B. PROGRAMA DE ASISTENCIA LIFELINE PARA INQUILINOS:

Para ser elegible para Inquilinos Lifeline usted debe ser un inquilino y tener el costo de su electricidad y gas incluido en su alquiler. Únicamente liste el nombre y la dirección del dueño si su electricidad y gas están incluidos en su alquiler.

Liste la cantidad total del alquiler que paga: $ ☐ , ☐☐☐

Nombre del Dueño ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección del Dueño ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ciudad, Estado, Código Postal ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐

Coloque una X en la casilla que describa de forma más precisa su lugar principal de residencia. Complete esta sección.

Casa propia ☐	Condominio ☐	Apartamento ☐	Hogar de hospedaje ☐
Casa alquilada ☐	Sitio de casas móviles ☐	Instalación de vivienda asistida ☐	Hogar de ancianos ☐
Otro ☐	Explicar:_____		

A P 2 H P 1 2 1 5 0

Nombre: _____

28. Elegibilidad para el programa Fondo de Servicio Universal/Asistencia de energía para el hogar de bajos ingresos (LIHEAP). Al proveer la siguiente información, puede que su hogar sea evaluado por la elegibilidad para el programa USF/LIHEAP. USF es un programa de asistencia energética para clientes de electricidad y gas natural de bajos recursos provisto por el Panel de Centrales Generadoras Públicas de Nueva Jersey. LIHEAP ayuda a familias y individuos de bajos ingresos a cumplir los costos de calefacción de los hogares y es provisto por la Oficina de Nueva Jersey para los Asuntos de la Comunidad. Debe brindar información en esta sección con el fin de que se le evalúe para su elegibilidad para el programa USF/LIHEAP, la información solo será usada para ese propósito.

Evalúenme por: Solo LIHEAP ☐ Solo USF ☐ Ambos LIHEAP y USF ☐ No aplica ☐

A. Indique el número total de personas que actualmente residen en su lugar principal de residencia (hogar), incluyendo a usted y a su esposo/a (si está casado):

☐☐

B. Liste el ingreso anual bruto total de todos los miembros de su hogar mayores de 18 años:

$ ☐☐☐ , ☐☐☐

C. Si paga por su propia calefacción, identifique la principal fuente de calor en su lugar principal de residencia. Si elige OTRO, especifique el tipo. Si no paga directamente por su calefacción, pase a la pregunta C1.

ELECTRICIDAD ☐ GAS ☐ OTRO ☐

COMBUSTIBLE ☐ LEÑA ☐
PROPANO ☐ CARBÓN ☐
KEROSENE ☐

Nombre del proveedor de combustible de calefacción:_____

C1. Si no paga por su propia calefacción marque la alternativa que describa mejor su arreglo de calor.

Calefacción provista por subvención de vivienda/alquiler público ☐	Calefacción incluido en alquiler no subvencionado ☐	Comparto costos de calefacción con otros ☐
Pago un cargo separado al arrendador por la calefacción ☐	Calefacción pagada por otros ☐	Pago por una fuente secundaria de calor (tal como cocina a leña o kerosene, estufa eléctrica, etc.) ☐

29. Asistencia de Ayuda Auditiva para Personas Mayores y Discapacitados

¿Está aplicando para el programa de asistencia de Audifonos para Ancianos y Discapacitados (HAAAD)? **SÍ** ☐ **NO** ☐

Las personas elegibles para el PAAD que adquieran un audífono pueden recibir un pago de $100 para compensar el costo de la compra. Si desea aplicar para el programa HAAAD, presente lo siguiente con esta solicitud:
1) La receta de un médico o carta que de fe sobre su necesidad médica para obtener un audífono y
2) Un recibo por la compra reciente de un audífono.

30. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

¿Desea que el PAAD envíe su información para el programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), anteriormente conocido como Food Stamps (Cupones para Alimentos), para ser evaluado para recibir beneficios? **SÍ** ☐ **NO** ☐

A P 2 H P 1 3 1 5 0

Nombre: _____

31.

Firmas

Complete la Sección A. Si no puede firmar, un representante podrá hacerlo por usted. Si alguien lo asistió, complete también la Sección B.

Al presentar esta solicitud, Yo autorizo (1) al SSA a obtener y revelar información relacionada a mis ingresos, recursos y activos, extranjeros y locales, de conformidad con las leyes de privacidad aplicables, con esta información incluyendo, sin limitación, datos sobre mis salarios, saldos de cuenta, inversiones, beneficios y pensiones; (2) la liberación necesaria de información para determinar mi elegibilidad, actual o continua, y la verificación de mi información en los registros en posesión de la SSA, el IRS, la División de Impuestos de Nueva Jersey, la División de Servicios de Salud y Asistencia Médica de Nueva Jersey, empleadores, instituciones financieras, empresas de servicios básicos y otros; y (3) la revelación de mi información a otras agencias estatales para iniciar el proceso de solicitud de otros beneficios, que pueden incluir los programas USF/ LIHEAP, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y el Nueva Jersey Projecto de Audifono (NJHAP).

También autorizo a mis médicos a compartir información sobre los medicamentos recetados que fueron pagados en mi nombre por cualquier Programa. Por el presente asigno al Estado de Nueva Jersey, como mi representante autorizado, cualquier derecho por beneficios por medicamentos a los que pueda tener derecho de cualquier otro tercero responsable o bajo cualquier otro plan de asistencia o seguro.

El(los) número(s) de seguro social provisto(s) (para el solicitante, su esposo/a, familiares o dependientes) se usará(n) para comparar registros informáticos para determinar la elegibilidad, actual o continua, mediante la verificación de identidad y información financiera (incluyendo para verificar otros registros financieros tales como información de cuentas bancarias), en la extensión que se utilice para verificar la elegibilidad, y para prevenir la doble participación y el pago incorrecto de beneficios. Los programas de comparación contrastan nuestros registros con demás mantenidos por otras agencias gubernamentales. La información obtenida de estos programas de comparación puede ser usada para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para los programas de beneficios. Se puede encontrar información adicional sobre los programas de comparación en la oficina del Seguro Social.

Entiendo que puedo ser responsable por el repago de beneficios pagados de forma incorrecta. Entiendo que soy responsable de notificar a cada Programa inmediatamente si mis finanzas aumentan por encima del límite de elegibilidad, o si me traslado de Nueva Jersey, o si me vuelvo elegible para Medicaid, o si mi elegibilidad se basó en mi incapacidad y dejé de recibir Beneficios de Incapacidad del Seguro Social.

Declaro bajo pena de perjurio que examiné toda la información en este formulario y que la misma es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

SECCIÓN A

Su Firma:	Número de Teléfono: ( ) -
Firma de su Esposo/a:	Fecha: / /

Si prefiere que contactemos a otra persona en caso de tener preguntas adicionales, proporcione el nombre de esa persona y su teléfono.

Nombre:	Apellido:	Número de Teléfono:
		( ) -

SECCIÓN B

Si está ayudando a otra persona a completar esta solicitud, coloque una x en la casilla que describa quién es usted y proporcione su número de teléfono y dirección.

Miembro de la familia ☐	HMO ☐	Otro Defensor ☐	Trabajador/a social ☐
Amigo ☐	Agencia ☐	Otro (especificar):_____ ☐	

Nombre: Apellido:

Dirección física: Apt #:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Firma del preparador:	Número de Teléfono: ( ) -

FORMULARIO DE ASISTENCIA DE INSCRIPCIÓN A MEDICARE PARTE D PDP

Nombre del Solicitante:	
Número de Teléfono:	Número de Seguro Social:

Elija uno:

1) ☐ **Si se determina que soy elegible para el PAAD, INSCRÍBANME en el plan Medicare Parte D por el cual el PAAD pagará las primas.** A continuación, listo mis medicamentos.

2) ☐ **Si se determina que soy elegible para el PAAD, NO cambie mi Plan Medicare Parte D actual.** Yo seré responsable por las primas.

3) ☐ **Estoy inscrito en el plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados.**

4) ☐ **Cuento con cobertura para medicamentos recetados a través de un plan de salud para jubilados o del sindicato, el mismo que me notificó NO inscribirme en un plan de medicamentos recetados de Medicare.** Adjunto, incluyo una copia de la notificación.

☐ ACTUALMENTE NO TOMO NINGÚN MEDICAMENTO RECETADO.

Liste el nombre de la farmacia que utiliza:

	Nombre del Medicamento	Miligramos	Cantidad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey
División de Servicios de la Vejez
PO Box 715
Trenton, NJ 08625-0715

Información demográfica

1) ¿Es usted un veterano? SÍ ☐ NO ☐

2) Ciudadanía/Situación migratoria: Ciudadano de los EE. UU. ☐ Extranjero legal ☐ Asilo ☐ Refugio ☐

3) Indique su origen étnico:

- No de origen Hispano, Latino o Español ☐
- Mejicano, Mejicano Americano, Chicano ☐
- Puertorriqueño ☐
- Cubano ☐
- Otro de origen Hispano, Latino o Español ☐

4) Identifique su raza:

- Blanco ☐
- Negro o Africano Americano ☐
- Indio Americano o Nativo de Alaska ☐
- Indio Asiático ☐
- Chino ☐
- Filipino ☐
- Japonés ☐
- Coreano ☐
- Vietnamita ☐
- Otro Asiático ☐
- Nativo Hawaiano ☐
- Guameño o Chamorro ☐
- Samoano ☐
- Otro Isleño del Pacífico ☐
- Desconocido ☐

Certifico que la información contenida es este formulario es precisa a mi mejor saber y entender.

Firma del Solicitante: Fecha: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Si desea que lo contactemos por correo electrónico en el futuro, escriba su email abajo:

_____

¡Recordatorio!

Debe proveer documentación y completar todas las secciones de la solicitud relacionadas a (a los) programa(s) para los que formula la solicitud:

TODOS LOS SOLICITANTES:

- ☐ Prueba de residencia
- ☐ Declaración fiscal, si la presenta
- ☐ Prueba de edad (únicamente requerida si no está recibiendo beneficios del Seguro Social)
- ☐ Si está separado de su esposo/a, debe presentar llenado el formulario de Declaración Jurada de Separación
- ☐ Complete todas las secciones sobre ingresos de la solicitud
- ☐ Firmas (de ambos el solicitante y su esposo/a, si está casado)

PAAD/SENIOR GOLD:

- ☐ Tarjetas de Seguro de Salud/Farmacia (copias del anverso y reverso de cada tarjeta)
- ☐ Formulario de asistencia de inscripción a Medicare Parte D PDP

BENEFICIOS DE SERVICIOS BÁSICOS LIFELINE

- ☐ La(s) factura(s) actuales de electricidad y gas natural: deben mostrar claramente el número de cuenta, la dirección del servicio y el nombre del cliente.

PROGRAMA(S) DE AHORRO MEDICARE:

- ☐ Documentación sobre los montos para TODOS los ingresos
- ☐ Documentación sobre activos para TODAS las: cuentas bancarias, inversiones, bienes inmuebles, arreglos de entierro y pólizas de seguro de vida. Los estados bancarios deben ser actuales y con la fecha del mes en que complete esta solicitud.

NJ Division of Aging Services

ESTADO DE NEW JERSEY
Departamento de Servicios Humanos

Declaración de no discriminación

Discriminar es contra la ley.

El Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey, División de Servicios de la Vejez (Nueva Jersey Department of Human Services, Division of Aging Services, DoAS), cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, o el sexo. DoAS no excluye a las personas o las trata diferente debido a la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, o el sexo.

En orden para que usted pueda comunicarse efectivamente con DoAS, la División:

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, tales como:
  - ✓ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, tales como:
  - ✓ Intérpretes calificados
  - ✓ Información escrita en otros idiomas

  Si necesita estos servicios para comunicarse con DoAS, por favor comuníquese al 1-844-577-7223.

Si considera que DoAS no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, o el sexo, puede presentar una queja formal ante: NJ Civil Rights Coordinator, NJ Department of Human Services, Office of Legal Affairs, 222 South Warren Street, PO Box 700, Trenton, Nueva Jersey 08625-0700, 609-777-2026 (teléfono), DHS-CO.OLRA@dhs.state.nj.us. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos electrónicamente a través el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Si usted habla cualquier otro idioma, tiene a su disposición sin costo alguno los servicios de asistencia con el idioma. Llame al 1-844-577-7223.

Language Assistance Services Available

ARABIC	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-577-7223
CHINESE	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-577-7223
FRENCH	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-577-7223.
GUJARATI	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-577-7223.
HAITIAN	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-577-7223.
HINDI	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-577-7223 पर कॉल करें।
ITALIAN	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-844-577-7223.
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-577-7223 번으로 전화해 주십시오.
POLISH	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-844-577-7223.
PORTUGESE	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-844-577-7223.
RUSSIAN	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-577-7223.
SPANISH	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-577-7223.
TAGALOG	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-577-7223.
URDU	خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-844-577-7223.
VIETNAMESE	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-577-7223 .