

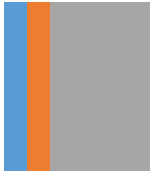


151 New Park Avenue, Box 75, Hartford, CT 06106

Phone: 860-724-6334/800-994-9422

Fax: 860-251-6107

Website: www.ncaaact.org



Medicare Parte D: Plan de Recetas Formulario de Elegibilidad de el Programa CHOICES

Esta forma es SOLAMENTE un “formulario de selección” y NO es una aplicación actual para el plan de medicamentos por Medicare Parte D .

EL PERIODO DE INSCRIPCION ANNUAL ES OCT 15- DIC 7

Registrarse en el Plan de Medicare Parte D puede hacerse atraves de las siguientes formas:

- 1) Llamando 1-800-MEDICARE (800-633-4227) [TTY 877-486-2048] o utilizando la pagina web www.medicare.gov ;
- 2) Registrándose por cualquiera de los procesos que el plan Parte D tiene disponibles (ejemplo: aplicaciones por correo, por teléfono o en línea;
- 3) Buscando consejería y asistencia por medio del Programa de CHOICES, con sus voluntarios certificados, ó profesionales locales afiliados al servicio social.

Nombre de la persona _____

Dirección postal _____

Ciudad _____

Codigo _____

Telefono _____

Correo Electronico: _____ Por favor envíe los resultado por este medio

POR FAVOR marque todas las opciones que apliquen ¿Que clase de beneficios tiene usted actualmente?

___ Medicaid (Titulo 19)	___ TRICARE de vida o Militar
___ Administracion de Veterano (VA)	___ Polisa Medigap (A-L)
___ Grupo de empleado o retirados	___ Plan Medicare Advantage
___ QMB/SLMB – Los Programas de Ahorros de Medicare	Nombre de el plan _____
___ Ayuda Extra/ LIS Nivel de Subsidio _____	___ Otro Seguro Médico _____
___ Nuevo a Medicare desde: _____	¿Que tipo? _____
(Fecha de efectividad)	

POR FAVOR :marque la opcion de ingreso que le aplique:

___ Persona soltera con ingreso mensual **menos de \$2,617.44** (Limite para el Programa de Ahorro de Medicare)

___ Parejas casadas con ingresos mensuales **menos de \$3,535.02** (Limite para el Programa de Ahorro de Medicare)

POR FAVOR complete la segunda parte de este formulario, gracias!!!!

[Parejas casadas – favor de llenar dos formas separadas]



