

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland

Programa de Maryland para el Cuidado Primario de Adultos (PAC) Solicitud de Elegibilidad



El **Programa de Maryland para el Cuidado Primario de Adultos (PAC)** cubre el cuidado primario de la salud, algunos servicios ambulatorios de salud mental, ciertos servicios de emergencia hospitalaria, servicios de abuso de sustancias dirigidos a la comunidad y prescripción de medicamentos para ciertos residentes de Maryland de bajos recursos. Los solicitantes deben tener 19 años de edad o más, no deben ser elegibles para Medicare, y deben ser ciudadanos Americanos o inmigrantes legales que reúnan todos los requisitos para los beneficios.

- El Programa PAC no cubre servicios prenatales. Si usted está embarazada, por favor haga su solicitud para Asistencia Médica para Familias.
- Si usted tiene hijos menores de 21 años en su hogar, por favor haga su solicitud para Asistencia Médica para Familias.
- Si usted se encuentra actualmente inscrito en el Programa de Planificación Familiar de Maryland y es aprobado para el PAC, su Programa de Planificación Familiar será cancelado.

Si usted califica para el programa, se requerirá que se haga miembro de Organización de Asistencia Médica (MCO). La inscripción no tiene ningún costo, no hay deducibles ni prima mensual, y no tiene límite de beneficios anuales. Existen pequeños co-pagos para prescripciones.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor consulte nuestro sitio web www.dhmh.state.md.us/mma/mmahome o llame al 1-800-226-2142 para mayor información. El Servicio de Relevo de Maryland está disponible en el 1-800-735-2258 para individuos con discapacidades.

Información Importante para Solicitudes e Instrucciones Generales

- **Lea todas las instrucciones antes de llenar la solicitud.**
- Escriba con **letra imprenta** claramente en tinta azul o negra. Toda la información debe ser legible.
- Usted debe incluir documentación escrita de toda la información requerida tales como número de Seguridad Social, ciudadanía o estatus de inmigración legal, e identidad.
- Envíe únicamente copias de los documentos. Los originales no serán devueltos.
- Las solicitudes **NO** serán aceptadas por correo electrónico.
- El proceso para determinar la elegibilidad toma hasta 45 días. La notificación de elegibilidad será enviada por correo.

Instrucciones para Diligenciar la Solicitud del PAC

Importante: Escriba con letra imprenta en tinta negra o azul o utilice una máquina de escribir.

Sección 1:

- A. Escriba su Primer Nombre, Inicial Segundo Nombre, Apellido, Sufijo y Número de Teléfono de su casa incluyendo código de área.
- B. Escriba la dirección completa de la casa donde vive. **Usted debe ser un residente del Estado de Maryland.** Si usted no tiene hogar, por favor escriba "Sin Hogar" en la línea donde se requiere la dirección y complete la información sobre el condado y el estado. Si usted vive en la ciudad de Baltimore, escriba "Ciudad de Baltimore" en lugar de condado. Usted puede incluir un número de teléfono de mensajes en la casilla de teléfono de mensajes.
- C. Si usted tiene Apartado Postal para recibir el correo, escríbalo aquí. Si usted desea que un **representante** o alguien más reciba su correo, escriba el nombre y dirección de la persona en la casilla de dirección de correo. Si usted escribe "Sin Hogar", debe escribir una dirección de correo en la Sección C.
- D. Seleccione la opción en cuanto al Acuerdo Domiciliario.
- E. ¿Tienen sus padres la intención de asignarlo como dependiente en la declaración de impuestos del presente año? Si no es así, seleccione la casilla "No" en la línea E.
- F. Seleccione la opción en cuanto a su estado civil.

Sección 2:

- G. Escriba la información de usted mismo y su cónyuge. No incluya a su cónyuge si no vive con usted.
- H. Escriba el primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo de usted y su cónyuge. Envíe pruebas de identidad para solicitantes únicamente. Esto puede ser una licencia de conducción válida de Maryland, ID MVA u otro documento de identidad gubernamental con foto.
- I. Los números de Seguridad Social se usan solamente para identificar a los solicitantes y ayudan a verificar el ingreso total del hogar.
- J. Escriba la fecha de nacimiento de usted y su cónyuge.
- K. Marque si es de sexo Masculino o Femenino.
- L. Marque su estatus de Ciudadanía Americana. Si usted marca "Sí", debe suministrar pruebas de ciudadanía (tales como certificado de nacimiento o certificado de naturalización). Si usted marca "No", debe suministrar pruebas de su estado inmigratorio extranjero del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) que incluya la fecha cuando el solicitante se convirtió en residente permanente y el número de registro. **No se requiere suministrar esta información para personas que no están haciendo solicitud para los beneficios del PAC.**
- M. Marque la casilla para usted, su cónyuge o ambos para dejarnos saber quién está aplicando para el PAC. Si ambos cónyuges desean aplicar, deben estar en la misma solicitud. Toda la información debe ser proporcionada para ambos cónyuges.
- N. **Las personas elegibles para aplicar a Medicare no son elegibles para el PAC.** Sin embargo, un cónyuge que no tiene Medicare puede ser elegible para el PAC. Si usted es mayor de 65 años, y no tiene Medicare, usted debe suministrar pruebas de que aplicó para Medicare de la Administración de Seguridad Social.

Sección 3

- O. Marque su raza. Usted puede marcar más de una raza para cada persona que esté aplicando para el PAC.
- P. Marque si es Hispano(a) o Latino(a).
- Q. La casilla de Idioma Principal es opcional. Indique si es necesario un servicio de intérprete para comunicarnos con usted.
- R. Revise las secciones para personas con discapacidades visuales o auditivas, si aplican a usted.



This space is for PAC office use only. Do not write or mark on or near the bar code or obscure it in any way. Do not photocopy.

UIIN: _____

Solicitud para el Programa para el Cuidado Primario de Adultos (PAC)

Sección 1 Diligencie con su información

A	Primer Nombre	Inicial	Apellido	Sufijo	Teléfono de Casa ()
B	Dirección (Incluya el número de apartamento)				Condado
	Ciudad	Estado	Zip	Teléfono de Mensajes ()	
C	Nombre de Envío y Dirección o Apartado Postal (Si es diferente o para un representante)			Ciudad	Estado Zip
D	Acuerdo Domiciliario	<input type="checkbox"/> En Casa <input type="checkbox"/> Casa de Reposo/Hospital para Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Institución de Ayuda <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Correccional <input type="checkbox"/> Instituto de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Residencia de Transición <input type="checkbox"/> Otro:			
E	Adulto Dependiente	¿Tienen sus padres la intención de asignarlo como dependiente en la <u>declaración de impuestos</u> del presente año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
F	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Nunca Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			

Sección 2 Diligencie por usted y su cónyuge quien vive con usted

G	Relación con el Solicitante	Solicitante	Cónyuge
H	Primer Nombre e Inicial		
	Apellido y Sufijo		
I	No. Seguridad Social		
J	Fecha de Nacimiento		
K	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
L	¿Ciudadano Americano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es "no", escriba el número de documento de inmigración:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es "no", escriba el número de documento de inmigración:
M	¿Solicitud para...?	¿Usted mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
N	¿Tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es "sí", complete el número de inscripción como aparece en su tarjeta Medicare: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es "sí", complete el número de inscripción como aparece en su tarjeta Medicare: _____

Sección 3 Información Opcional

O	Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo u Otro de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo u Otro de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
		<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Q	Idioma Principal:	¿Necesita servicio de intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Idioma Secundario:		
R	¿Está usted o su esposa impedido visualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Si es así, ¿desea noticias con impresión en tamaño grande? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Está usted o su esposa impedido auditivamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Si es así, ¿deberíamos utilizar el Servicio de Relevo de Maryland? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Por favor voltee la página y llene el otro lado

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PAC

Sección 4 Por favor diligencie esta información financiera acerca de usted y su cónyuge viviendo con usted

	Tipo de Ingresos	Recibidos	Solicitante	Qué tan seguido	Cónyuge	Qué tan seguido
S	Salarios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Independiente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Desempleado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	SSI	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	SSDI	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Subsidio de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Pensión / Jubilación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Jubilación de Ferrocarriles	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Compensación para Trabajadores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Beneficio de Seguros	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Intereses / Dividendos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
	Fondo de Inversión /Anualidades	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$	
Otros Ingresos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$		\$		

T ¿Tiene usted otros seguros, incluyendo **Medicaid** que pague por el cuidado de la salud? Si No
Si es así, por favor escriba el nombre de la compañía o programa y su número de identificación.

U ¿Requiere usted servicios de cuidado de salud debido a accidentes o lesiones recientes? Si No

Sección 5 Sección de Firma

V He leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades listados en este paquete de solicitud. Juro y afirmo bajo gravedad de juramento que toda la información que he dado es verídica, correcta y completa al máximo de mi capacidad, creencias y conocimiento.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

W **Firma del Cónyuge:** _____ **Fecha:** _____
(sólo si aplica)

X **Firma del Representante** _____ **Fecha:** _____
(si aplica)

Al terminar: Por favor retire las instrucciones y envíe por correo la página de solicitud junto con la documentación requerida a:

Programa para el Cuidado Primario de Adultos
P.O. Box 386
Baltimore, MD 21203-0386

O puede enviarlo por fax al (410)528-6047

Instrucciones para Diligenciar la Solicitud del PAC (Continuación)

Sección 4: Instrucciones para completar la Sección de Información Financiera

S. DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS SIN DEJAR ESPACIOS EN BLANCO.

Si usted está casado y vive con su cónyuge, usted debe proporcionar el ingreso de su cónyuge incluso si este no está aplicando para el PAC.

- Enumere la cantidad **BRUTA (antes de las deducciones)** y la frecuencia de **todos** los ingresos recibidos.
 - Información adicional puede ser requerida si hay habido algún cambio de estatus laboral en los últimos 120 días.
 - Si usted es independiente, debe suministrar una **copia firmada** de su última **declaración de renta y del formulario C** mostrando las ganancias o pérdidas de su negocio.
 - Se debe suministrar información de ingresos de la Seguridad Social.
 - Si usted recibe dinero de otra fuente diferente al empleo, debe suministrar una copia del certificado de ingresos de la agencia o compañía que envía el dinero. Esto incluye cosas tales como pensión alimenticia, rentas o dinero recibido en base regulares. Por favor enumere los tipos de ingreso al igual que la cantidad y frecuencia en “Otros Ingresos”.
 - Si tiene muy pocos ingresos o ninguno en absoluto, la persona o agencia que le proporciona su alimentación y vivienda debe suministrar una declaración de apoyo.
- T. Si usted o su cónyuge tienen alguna otra forma de seguro de salud, incluyendo seguros a través de su empleador, o como beneficio de retiro, marque “Sí” en la casilla. Incluya el nombre de la compañía aseguradora o programa a través del cual tiene cubrimiento. Usted también necesitará suministrar la emisión o número de identificación.

U. Déjenos saber si necesita servicios de salud como resultado de un accidente o lesión reciente.

Sección 5

- V. Por favor lea los Derechos y Responsabilidades del PAC en la última página de este paquete antes de firmar y fechar la solicitud.
- W. Si su cónyuge está aplicando para el PAC, su cónyuge debe firmar y fechar la solicitud indicando que también leyó los Derechos y Responsabilidades.
- X. Si alguien más, un Representante Autorizado, diligenció la solicitud a su nombre, él o ella debe firmar y fechar la solicitud.

**POR FAVOR RECUERDE FIRMAR Y FECHAR SU SOLICITUD.
UNA SOLICITUD SIN FIRMAR NO ES VÁLIDA Y SERÁ DEVUELTA.**

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PAC

Por favor lea y guarde estos derechos y responsabilidades en sus archivos

Yo comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Esta aplicación es una solicitud para el Programa de Cuidado Primario de Adultos únicamente.
- Si se determina que soy elegible para el PAC, comprendo que se me solicitará elegir una Organización de Asistencia Médica (MCO) o el Estado escogerá una para mí.
- Mi número de Seguridad Social será usado para verificar identidad y elegibilidad. Mi número de Seguridad Social también será utilizado para correlacionar información en los archivos federales, estatales y del gobierno local.
- El Departamento puede conducir un proceso de verificación independiente sobre las declaraciones hechas por mí en esta solicitud.
- Debo notificar el Departamento dentro de 10 días hábiles de cualquier cambio en los ingresos o cambios de dirección o acuerdos domiciliarios.
- Comprendo que la información suministrada en este formulario es confidencial y sólo será utilizada para propósitos de administración del programa, excepto como se permite por la ley Federal y Estatal.
- Tengo el derecho de apelar cualquier decisión concerniente a mi elegibilidad o beneficios.
- El Estado puede recuperar dineros gastados en los costos de cuidado, de todos los pagos hechos por terceras partes y estoy de acuerdo en cooperar con el Estado para asegurar dichos pagos.
- Certifico que todos los solicitantes de beneficios son ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros calificados.
- Estoy de acuerdo en que se dé a conocer mi información personal y financiera al Departamento por parte de cualquier institución financiera, compañía de seguros, empleadores presentes o pasados, agencias gubernamentales federales, estatales o locales, privadas o públicas, con el fin de determinar mi elegibilidad.

SU SOLICITUD DEBE ESTAR COMPLETA Y FIRMADA. SI USTED TIENE PREGUNTAS, LLAME A NUESTRAS OFICINAS AL 1-800-226-2142 ANTES DE ENVIAR LA SOLICITUD.