



## ¿Necesita ayuda para pagar sus medicamentos recetados?

### SeniorRx puede ser la solución!

El Estado de Nevada le prestará ayuda con el costo de medicamentos recetados si califica:

- Edad 62 años o más
- Residentes de Nevada continua durante al menos 12 meses
- Para los actuales límites de ingresos, llame al 1-866-303-6323 o en la computadora vaya a: <http://dhhs.nv.gov/SeniorRx.htm>



#### Beneficios para Usted:

##### QUIENES NO CALIFICAN PARA MEDICARE:

- No cuota mensual
- No hay que pagar deducibles
- Co-pagos de 10 ó 25 dólares
- Límite de cobertura de 5,100 dólares

##### LOS QUE SI CALIFICAN PARA MEDICARE:

- Ayuda con las cuotas mensuales para el Plan de Medicare para Recetas Médicas
- Ayuda con los costos de las recetas medicas si está sujeto a la cobertura de la Parte D de diferencia (o "donut hole")

Si usted piensa que si califica, complete la solicitud adjunta y póngala en cualquier buzón de correo electrónico. No necesita timbres postales.

**Para más información:  
1-866-303-6323**



#### Requisitos

- Edad:** El solicitante y su cónyuge (si también esta aplicando el(a) cónyuge), deben ser de 62 años de edad o más, en la fecha de solicitud.
- Ingresos:** Incluyendo los ingresos de todas las fuentes de ambos, solicitante y cónyuge. Para los actuales límites de ingresos, llame al 1-866-303-6323 o en computadora vaya a: <http://dhhs.nv.gov/SeniorRx.htm>
- Residencia:** Los solicitantes deben haber vivido continuamente en Nevada en el periodo de un año (12 meses consecutivos) antes de la fecha de solicitud.
- LOS QUE CALIFICAN PARA MEDICARE:** Los solicitantes que califican para Medicare Parte D deben inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y usar ese programa como la primera fuente de ayuda con las recetas. Además, los beneficiarios de la Parte D que califican para ayuda federal extra con la Parte D (como las cuotas, los deducibles y los co-pagos) deben solicitarlo, y si es aprobado, usar esa ayuda. Esto es importante porque la ayuda federal cubre más de los gastos del beneficiario de los gastos que cubre SeniorRx. Los beneficiarios con ingresos muy bajos y escasez de bienes deberán ponerse en contacto con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener más información.

Llene este formulario, firmelo al final , y mandelo por correo a esta dirección:

**State of Nevada**  
**Senior Rx**  
**P.O. Box 21230**  
**Carson City, Nevada 89712-9909**

**Información para la aplicacion: (Por favor escriba claramente con letra de molde)**  
Application information: (Please print clearly)

**1er Apellido, Nombre, Inicial del 2o Nombre (No necesitamos el segundo apellido, si,lo tiene):** \_\_\_\_\_

(Last Name, First Name, Middle Initial)

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Date of Birth)

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

(Social Security Number)

**Dirección donde vive (número, nombre de la calle, número del departamento o del espacio:**

\_\_\_\_\_

[Residence address (number, street name, space number)]

**Ciudad, estado, código postal:** \_\_\_\_\_

(City, state, zip code)

**Dirección postal (número, nombre de la calle, numero del departamento, numero del espacio o apartado postal (P.O.Box):**

\_\_\_\_\_

[Mailing address (number, street, apt, the space number or PO Box)]

**Ciudad, estado, código postal:** \_\_\_\_\_

(City, state, zip code)

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

(Phone)

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

(Email Address)

**Información del Cónyuge**

¿Está el cónyuge aplicando tambien para la ayuda SenoirRx? (Are you applying for SeniorRx also?)

Sí:

No:

Aunque no esté aplicando, por favor proporcione la siguiente información:

1er. **Apellido, Nombre, Inicial del 2º. nombre (No necesitamos el Segundo apellido, si lo tiene):** \_\_\_\_\_

(Last Name, First Name, Middle Initial)

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Date of Birth)

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

(Social Security Number)

### **Solicitante**

Si usted califica o esta en Medicare (esta información es obligatoria)

**Número de Medicare con CARTA:** \_\_\_\_\_

(Medicare Number with LETTER)

**Fecha Efectiva de Medicare:** \_\_\_\_\_

Effective Date of Medicare)

**Nombre del Plan de Medicare para Recetas Médicas (por favor no use abreviaturas):**

\_\_\_\_\_  
[Plan Medicare Prescription Drug Name (please no abbreviations)]

**Cuota mensual de la Parte D (si los hubiera):** \_\_\_\_\_

[Monthly premium for Part D (if any)]

**Hombre:**   
(Male)

**Mujer:**   
(Female)

**¿Ha vivido continuamente en Nevada durante los 12 meses anteriores a la fecha de esta solicitud?** (Has continuously lived in Nevada during the 12 months preceding the date of this application?)

Sí:

No:

### **Cónyuge**

Si usted califica o esta en Medicare (esta información es obligatoria)

**Número de Medicare con CARTA:** \_\_\_\_\_

(Medicare Number with LETTER)

**Fecha Efectiva de Medicare:** \_\_\_\_\_

Effective Date of Medicare)

**Nombre del Plan de Medicare para Recetas Médicas Nombre (por favor no use abreviaturas):**

\_\_\_\_\_  
[Plan Medicare Prescription Drug Name (please no abbreviations)]

**Cuota mensual de la Parte D (si los hubiera):** \_\_\_\_\_

[Monthly premium for Part D (if any)]

**Hombre:**   
(Male)

**Mujer:**   
(Female)

**¿Ha vivido continuamente en Nevada durante los 12 meses anteriores a la fecha de esta solicitud?** (Has continuously lived in Nevada during the 12 months preceding the date of this application?)

**Sí:**

**No:**

**Todos Los Ingresos Mensuales que actualmente recibe** ( Tipo de ingreso y quien lo recibe?)(Type of income and who receives it?)

Por favor, indique el ingreso mensual en lugar de anual (a excepción de las dos últimas líneas):

Tipo de Ingresos (Type of Income)	Del Solicitante Mensual (Applicant Monthly)	+	Del Conyugue Mensual (Spouse Monthly)	=	Total Mensual (Total Monthly)
Seguro Social (menos Medicare A & B) [Social Security (except Medicare A & B)]		+		=	
SSI (Ingreso Suplementario del Seguro) [SSI (Supplemental Security Income)]		+		=	
Pension/IRA (cuenta individual de retiro) [Pension / IRA (individual retirement account)]		+		=	
Interes/Dividendos (Interest / Dividends)		+		=	
Sueldos (Salaries)		+		=	
Ingresos netos de rentas de propiedades (Net rental income real estate)		+		=	
Otros (Other)		+		=	
Ingreso mensual total del solicitante y su cónyuge (Total monthly income of the applicant and spouse)		+		=	
Ganancias de capital ( o pérdidas) en la última declaración de impuestos [Capital gains (loss) on last tax return]		+		=	
Ingreso de negocio ( o pérdidas) de el año pasado [Business income (loss) on last tax return]		+		=	

**Declaración de Confidencialidad**

La información proporcionada en esta solicitud es confidencial. Ninguna persona podrá publicar, divulgar o utilizar ninguna información personal o confidencial contenida en esta solicitud, excepto para fines relacionados con la administración de este programa.

Revelaciones no autorizadas son una violación de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y puede resultar en penas civiles.

**Al firmar esta solicitud, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Para proporcionar inmediatamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la notificación escrita de un cambio de dirección, nombre, los ingresos del hogar,, estado civil, número de teléfono, estado de discapacidad, y Medicaid, Medicare o SSI.

2. Si se determina que he recibido beneficios de **SeniorRx** que yo no era calificado para recibir, voy a devolver al Departamento de Salud y Servicios Humanos de todas las cantidades pagadas a mi nombre.
3. Que como condición de, y para los fines de determinar la elegibilidad para este programa, yo autorizo el Departamento de Salud y Servicios Humanos para verificar mi elegibilidad, incluyendo mi ingreso, y voy a presentar la documentación de mi discapacidad que me soliciten. Esta autorización será válida por un período de 14 meses a partir de la fecha de mi firma a continuación.

**Declaro que la información en esta aplicación para el programa de SeniorRx es exacta a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.**

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

(Applicant's Signature)

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

(Print Name)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

(Date)

**Firma del cónyuge:** \_\_\_\_\_

(Spouse Signature)

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

(Print Name)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

(Date)

Nota: Si firma alguien que no sea el solicitante o el cónyuge debe agregarse a la solicitud una copia (no retornable) de la carta Poder (Power of Attorney) o Carta de Tutela (Letter of Guardianship), que lo autorizan a firmar.

**Información Importante Sobre Su Solicitud**

- A. No es necesario adjuntar documentos de los ingresos, la edad o la discapacidad de verificación para esta aplicación. Sin embargo, se le puede pedir que proporcione esa documentación en una fecha posterior.
- B. Las parejas casadas deben presentar una sola solicitud para ambos cónyuges.
- C. Se le notificará si califica dentro de 30-45 días de la recepción de su solicitud a menos que el Departamento de Salud y Servicios Humanos debe solicitar información adicional al procesar su aplicación.
- D. No se olvide de firmar esta solicitud y enviarla por correo a la dirección antes mencionada.