



Medicare

# Solicitud de Inscripción en la Parte B de Medicare (Seguro Médico)

Use este formulario si ya tiene Medicare Parte A y quiere inscribirse en la Parte B (Seguro Médico). Puede usar este formulario para inscribirse en la Parte B durante estos períodos:

- Durante su Período de Inscripción Inicial
- Durante el Período de Inscripción General, del 1 de enero al 31 de marzo de cada año
- Si es elegible para un Período Especial de Inscripción

**Si no tiene la Parte A, no complete esta solicitud.** Contacte al Seguro Social para solicitar Medicare por primera vez.

Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) para saber más sobre cuándo puede inscribirse en Medicare, cuándo puede empezar su cobertura y situaciones especiales para personas menores de 65 años con discapacidad.

## Envíe su formulario por correo o fax

Envíe por correo o fax su formulario completado y firmado a su oficina local de Seguro Social. Encuentre una oficina cerca de usted en [SSA.gov/locator](https://SSA.gov/locator).

## Obtenga ayuda con este formulario

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- **In English:** Call SSA toll-free at 1-800-772-1213 and press 1 if you want service in English and wait for an agent to assist you.
- Para una oficina cerca usted, visite [SSA.gov/locator](https://SSA.gov/locator).
- **Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP):** Visite [shiphelp.org](https://shiphelp.org) para obtener asesoramiento gratis, personalizado e imparcial de su SHIP local.

## Obtenga información en otro formato

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



## Sección 3: Firma(s)

1. Firma del solicitante

2. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Si este formulario fue firmado por la marca (X), un testigo que conozca a la persona que solicita también debe firmar a continuación:**

3. Nombre del testigo (nombre y apellido)

4. Firma del testigo

5. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Envíe su formulario por correo o fax

Envíe por correo o fax su formulario completado y firmado a su oficina local del Seguro Social. Encuentre una oficina cerca de usted [SSA.gov/locator](https://www.ssa.gov/locator).

**Declaración de la Ley de Privacidad:** Los artículos 1837, 1838 y 1872 de la Ley del Seguro Social, y sus modificaciones, permiten a la SSA recolectar esta información. Proporcionar esta información es voluntario. Sin embargo, el hecho de no facilitar toda o parte de la información puede impedir que se tome una decisión correcta y oportuna sobre cualquier solicitud presentada para obtener el seguro médico y/o el seguro de hospital.

Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar su elegibilidad para los beneficios. También podemos compartir la información para los siguientes fines, denominados "usos rutinarios": 1) Con agencias federales, estatales o locales (o agentes en su nombre) para administrar programas de mantenimiento de ingresos o de salud (incluidos los programas que establecen la Ley del Seguro Social). Dicha divulgación incluye, pero no se limita a, la divulgación de información a la: Junta de Jubilación Ferroviaria para administrar la disposición de la Ley de Jubilación Ferroviaria relacionada con el empleo en el sector ferroviario; para administrar la Ley de Seguro de Desempleo Ferroviario y para administrar las disposiciones de la Ley del Seguro Social relacionadas con el empleo ferroviario; 2) El Departamento de Asuntos de Veteranos para administrar el artículo 38 U.S.C. 1312 y, a petición, para determinar la elegibilidad para los beneficios de los veteranos o verificar otra información al respecto conforme con el artículo 38 U.S.C. 5106; 3) Los Departamentos estatales de asistencia social para la administración de las secciones 205(c)(2)(B)(i)(II) y 402(a)(25) de la Ley de Seguro Social que requieren información sobre los números del Seguro Social asignados para fines del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y para determinar la elegibilidad de un beneficiario para el programa TANF; y 4) Agencias estatales para administrar el programa Medicaid.

Con contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA) en la administración eficiente de sus programas. Solo divulgaremos información bajo el uso rutinario en situaciones en las que la SSA pueda celebrar un contrato o acuerdo similar con un tercero para ayudar a cumplir una función de la agencia relacionada con este sistema de registros.

Además, podemos compartir esta información conforme a la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos emplear y divulgar esta información en programas de coincidencia de datos, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o morosas bajo estos programas.

Se puede consultar una lista de usos rutinarios adicionales en nuestro Aviso del Sistema de Registros de la Ley de Privacidad (SORN) 60-0090, titulado Registro Maestro de Beneficiarios, publicado en el Registro Federal (FR) el 11 de enero de 2006, en el 71 FR 1826. Encontrará información adicional y un listado completo de todos nuestros SORN que están disponibles en nuestro sitio web en [SSA.gov/privacy](https://www.ssa.gov/privacy).

Los CMS mantendrán los registros recibidos durante las determinaciones de elegibilidad de la SSA en un Sistema de Registros de los CMS, la Base de datos de Beneficiarios de Medicare (MBD) SORN 09-70-0536 publicada en el Registro Federal (FR) el 14 de febrero de 2018, en el 71 FR 11420. Encontrará información adicional sobre los SORN de los CMS y los usos rutinarios permitidos para la divulgación que puede encontrar en nuestro sitio web de privacidad en [HHS.gov/foia/privacy/sorns/index.html](https://www.hhs.gov/foia/privacy/sorns/index.html).

**Ley de Reducción de Papeleo:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1230. El tiempo estimado el tiempo para completar esta información es de un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Importante: No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Cualquier artículo que obtengamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0939-0251) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al Seguro Social ni a ninguna otra agencia.