

# Instruções para inscrição no Programa de Poupança Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

Use este formulário de inscrição para verificar se você ou você e seu cônjuge se qualificam para que o estado pague seus prêmios e/ou compartilhamento de custos do Medicare. Esta NÃO é uma solicitação de outros benefícios, como serviços e suportes de longo prazo. Se você deseja solicitar outra cobertura do Medicaid ou precisa de ajuda para preencher qualquer parte deste formulário, entre em contato com o escritório local do Medicaid –

[www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](http://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)

Existem três tipos de Programas de Poupança Medicare (MSPs):

**Beneficiário Qualificado do Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** o estado paga seus prêmios do Medicare Parte A e/ou Parte B e o compartilhamento de custos (franquias, cosseguro e copagamentos). Se você se qualificar como QMB, estará automaticamente qualificado para o Extra Help para pagar seus custos de cobertura de medicamentos do Medicare Parte D.

**Beneficiário Medicare de Baixa Renda Especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** o estado paga seus prêmios do Medicare Parte B, e você se qualifica automaticamente para o Extra Help para pagar seus custos de cobertura de medicamentos do Medicare Parte D.

**Indivíduo Qualificado (Qualifying Individual, QI):** o estado paga seus prêmios do Medicare Parte B, e você se qualifica automaticamente para o Extra Help para pagar seus custos de cobertura de medicamentos do Medicare Parte D.

O estado decidirá se você se qualifica (e se o seu cônjuge se qualifica, se o seu cônjuge também estiver solicitando). Se você for aprovado para um MSP, seu prêmio da Parte B não será mais deduzido dos seus benefícios de aposentadoria do Seguro Social, Serviço Ferroviário ou Serviço Público, e você será automaticamente inscrito no Extra Help para pagar seus prêmios do Medicare Parte D e o compartilhamento de custos para medicamentos de prescrição cobertos. Entre em contato com seu escritório do Medicaid se você não estiver inscrito no benefício Extra Help.

A recuperação do espólio (estate recovery) não se aplica a nenhuma ajuda que você receba para pagamento de prêmios ou compartilhamento de custos do Medicare. Isso significa que você NÃO precisará reembolsar nenhuma ajuda recebida por meio de um Programa de Poupança Medicare.

## O que você pode precisar fornecer para solicitar

Pode ser necessário fornecer cópias de documentos para confirmar algumas informações, incluindo:

- Comprovante de renda (como benefícios de aposentadoria ou invalidez ou recibos de pagamento)
- Comprovante de bens (como extratos bancários ou apólices de seguro de vida)
- Comprovante do Medicare
- Para não cidadãos, comprovante de status de imigração qualificado (como green card, passaporte ou outra documentação do Departamento de Segurança Interna)
- Comprovante de onde você mora (como recibo de aluguel, conta de serviços públicos ou carteira de identidade emitida pelo estado)

Se precisar de mais espaço para escrever, anexe páginas adicionais.

## **Formas de solicitar**

- Preencha um formulário de inscrição on-line em \_\_\_\_\_
- Envie este formulário de inscrição impresso para \_\_\_\_\_
- Envie este formulário de inscrição por fax para \_\_\_\_\_
- Visite o escritório da sua [agência estadual] em \_\_\_\_\_
- Ligue para a sua [agência estadual] para obter assistência em \_\_\_\_\_

Guarde uma cópia do formulário de inscrição para seus registros.

## **O que acontece depois?**

A agência do Medicaid analisará sua solicitação. Você deverá receber uma resposta sobre sua qualificação dentro de 45 dias. Se você não receber uma resposta dentro de 45 dias, entre em contato com a agência do Medicaid.

## **Obtenha ajuda para perguntas sobre os Programas de Poupança Medicare**

Para perguntas sobre os Programas de Poupança Medicare ou seus benefícios do Medicare, entre em contato com o Programa Estadual de Assistência para Seguro Saúde (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) local. Para encontrar as informações de contato do SHIP, ligue para [877-839-2675](tel:877-839-2675) ou acesse [www.shiphelp.org/](http://www.shiphelp.org/).

# Inscrição em Programas de Poupança Medicare

Informações pessoais				
<b>Solicitante – Liste seu nome como aparece no seu cartão Medicare</b>				
Sobrenome		Nome		Nome do meio
Endereço residencial		Cidade	Estado	CEP
Endereço postal (se diferente)		Cidade	Estado	CEP
Telefone principal:		Telefone alternativo (opcional):		
Endereço de e-mail (opcional)		Estado civil: Não casado (solteiro/divorciado/viúvo) <input type="checkbox"/> Casado, morando com o cônjuge <input type="checkbox"/> Casado, mas separado do cônjuge <input type="checkbox"/>		
<b>Cidadania:</b> Você é cidadão americano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não é, você tem status de imigração qualificado? <input type="checkbox"/> Sim (preencha as informações abaixo) <input type="checkbox"/> Não				
Número do cartão de residente estrangeiro, número I-94 ou número de identificação do documento e tipo de documento	Data em que o status foi concedido	Data em que você entrou nos EUA	País de origem	
Você, seu cônjuge ou seus pais são veteranos ou membros da ativa das forças armadas dos EUA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Seu cônjuge é cidadão americano (se ele também estiver solicitando benefícios de um MSP)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não é, ele tem status de imigração qualificado? <input type="checkbox"/> Sim (Preencha as informações abaixo) <input type="checkbox"/> Não				
Número do cartão de residente estrangeiro, número I-94 ou número de identificação do documento e tipo de documento	Data em que o status foi concedido	Data em que você entrou nos EUA	País de origem	
Membros da família				
Inclua seu cônjuge que mora na mesma casa. Inclua parentes que moram na mesma casa e que <u>dependem de você ou de seu cônjuge para pelo menos metade do sustento financeiro</u> . Se precisar de mais espaço para escrever, anexe páginas adicionais.				
Nome (sobrenome, nome, nome do meio)	Parentesco	Data de nascimento	Solicitando benefícios do MSP?	Número do Seguro Social (se estiver solicitando MSPs)
	Você mesmo		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Cônjuge		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Outra opção (especificar)		N/A	Opcional
	Outra opção (especificar)		N/A	Opcional

[illegible]

## Ativos

Se você ou seu cônjuge tem bens, indique o tipo de bem, quem é o proprietário do bem e se o bem é propriedade individual ou conjunta. Os ativos incluem, entre outros:

- Dinheiro
- Conta corrente
- Fundos funerários
- Casas ou terrenos que você possui (excluindo a residência principal)
- Fundos mútuos
- Títulos de poupança
- Conta poupança
- Contas do mercado monetário
- Contas Individuais de Aposentadoria (Individual Retirement Accounts, IRAs)
- Ações
- Certificados de Depósito (Certificates of Deposit, CD)

Tipo de ativo	Nome do(s) proprietário(s)	Propriedade	Valor atual
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$
		Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>	\$

Você ou seu cônjuge possui algum veículo (carro, caminhão, barco, motor home, motocicleta, camper e/ou trailer)?  
Se a resposta for sim, liste abaixo e indique qual é seu veículo principal:

Nome do(s) proprietário(s)	Propriedade	Tipo de veículo	Ano	Marca/Modelo	Valor	Valor devido
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individual <input type="checkbox"/> Conjunta <input type="checkbox"/>				\$	\$

Você e/ou seu cônjuge têm apólices de seguro vitalício com valor nominal combinado acima de US\$ 1.500? Se a resposta for sim, indique abaixo:

Pessoa segurada	Nome da seguradora/número da apólice	Precisa de ajuda para encontrar o valor da apólice?	Valor nominal	Valor em dinheiro
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	\$	\$
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	\$	\$

### Leia com atenção antes de assinar

Eu entendo que:

- Devo notificar imediatamente qualquer mudança na minha situação à agência do Medicaid. Notificações tardias podem causar benefícios incorretos.
- Minha situação está sujeita à verificação pela agência do Medicaid ou outras agências estaduais ou federais.
- A agência do Medicaid pode me pedir para comprovar se estou qualificado. A agência do Medicaid pode me ajudar a obter a prova ou entrar em contato com outras pessoas ou agências para obtê-la.
- Ao enviar este formulário de inscrição, estou autorizando a agência estadual do Medicaid a entrar em contato com minha seguradora de vida em meu nome.
- Ao solicitar e receber benefícios de assistência médica, cedo ao estado todos os direitos a qualquer suporte médico e a quaisquer pagamentos de terceiros por assistência médica.
- Se eu for considerado qualificado para um Programa de Poupança Medicare, **não** estarei sujeito à recuperação do espólio (estate recovery) por qualquer ajuda que eu receber para pagar meus prêmios, franquias ou cosseguero do Medicare.

Você receberá um Aviso de Qualificação pelo correio após o processamento da sua solicitação. Se você não concordar com aquilo a que se qualifica, poderá pedir um recurso. Leia o Aviso de Qualificação para encontrar instruções de recurso específicas para cada pessoa de sua casa que solicitar cobertura, incluindo quantos dias você tem para solicitar um recurso. Estas são informações importantes a serem consideradas ao solicitar um recurso:

Você pode pedir que alguém solicite ou participe do seu recurso, se desejar. Essa pessoa pode ser um amigo, parente, advogado ou outro indivíduo. Ou você pode solicitar e participar do seu recurso por conta própria.

Para solicitar um recurso, ligue para 1-800-XXX-XXXX (TTY: (1-800-XXX-XXXX)). Ou acesse [medicaid.state.gov] para obter um formulário de recurso. Ou você pode escrever sua própria carta e enviá-la ou trazê-la para nós no seguinte endereço: State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

### Declaração e assinaturas

Li e compreendi as informações contidas neste formulário de inscrição. Declaro, sob pena de perjúrio, que, segundo meu conhecimento, as informações fornecidas neste formulário de inscrição são verdadeiras, corretas e completas.

Assinatura do solicitante/representante:

Data:

Assinatura do cônjuge (se aplicável):

Data:

Nome do representante:

Número de telefone do representante:

Relação com o solicitante:

Endereço postal do representante:

Endereço de e-mail do representante:

Você tem o direito de obter suas informações em um formato acessível, como letras grandes, Braille ou áudio. Você também tem o direito de apresentar uma reclamação se achar que foi discriminado. Acesse [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) ou ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obter mais informações. Usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

**Opcional: (O fornecimento dessas informações não afetará a qualificação.)**

VOCÊ MESMO: marque todas as opções que se aplicam

**Se etnia hispânica/latina**

☐ Mexicano ☐ Mexicano-americano ☐ Chicano ☐ Porto-riquenho ☐ Cubano ☐ Outra opção \_\_\_\_\_

**Raça**

☐ Branco ☐ Índio americano ou nativo do Alasca ☐ Filipino ☐ Vietnamita ☐ Guamês ou chamorro  
☐ Negro ou afro-americano ☐ Asiático indiano ☐ Japonês ☐ Outro asiático ☐ Samoano  
☐ Chinês ☐ Coreano ☐ Nativo havaiano  
☐ Outro habitante das Ilhas do Pacífico ☐ Outra opção \_\_\_\_\_

**Escolha uma resposta.**

**Sexo atribuído ao nascer** (pode ser encontrado na sua certidão de nascimento)

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outra opção \_\_\_\_\_ ☐ Não tenho certeza ☐ Prefiro não responder

**Gênero atual:**

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Feminino transgênero ☐ Masculino transgênero ☐ Um termo diferente \_\_\_\_\_  
☐ Não tenho certeza ☐ Prefiro não responder

**Orientação sexual:**

☐ Bissexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Heterossexual (não lésbica ou gay) ☐ Um termo diferente \_\_\_\_\_  
☐ Não tenho certeza ☐ Prefiro não responder

**Opcional: (O fornecimento dessas informações não afetará a qualificação.)**

CÔNJUGE: marque todas as opções que se aplicam

**Se etnia hispânica/latina**

☐ Mexicano ☐ Mexicano-americano ☐ Chicano ☐ Porto-riquenho ☐ Cubano ☐ Outra opção \_\_\_\_\_

**Raça**

☐ Branco ☐ Índio americano ou nativo do Alasca ☐ Filipino ☐ Vietnamita ☐ Guamês ou chamorro  
☐ Negro ou afro-americano ☐ Asiático indiano ☐ Japonês ☐ Outro asiático ☐ Samoano  
☐ Chinês ☐ Coreano ☐ Nativo havaiano  
☐ Outro habitante das Ilhas do Pacífico ☐ Outra opção \_\_\_\_\_

Escolha uma resposta.

**Sexo atribuído ao nascer** (pode ser encontrado na sua certidão de nascimento)

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outra opção \_\_\_\_\_ ☐ Não tenho certeza ☐ Prefiro não responder

**Gênero atual:**

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Feminino transgênero ☐ Masculino transgênero ☐ Um termo diferente \_\_\_\_\_  
☐ Não tenho certeza ☐ Prefiro não responder

**Orientação sexual:**

☐ Bissexual ☐ Lésbica ou gay ☐ Heterossexual (não lésbica ou gay) ☐ Um termo diferente \_\_\_\_\_  
☐ Não tenho certeza ☐ Prefiro não responder