

SOLICITUD DE LA PARTE A (SEGURO DE HOSPITAL)

¿QUIÉNES PUEDEN UTILIZAR ESTA SOLICITUD?

Las personas de 65 años o más (y las que cumplan 65 años en los próximos 3 meses) que deseen solicitar la Parte A. La Parte A cubre la atención hospitalaria y mucho más.

NOTA: Si usted o su cónyuge trabajan para sector ferroviario o reciben beneficios ferroviarios, llame a la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios (RRB) al 1-877-772-5772.

¿CUÁNDO UTILIZAR ESTA SOLICITUD?

Utilice este formulario:

- Si tiene derecho a los beneficios del Seguro Social, pero solo desea obtener Medicare. Debe tener al menos 64 años y 8 meses. (No pagará prima por la Parte A).
- Si no es elegible para recibir beneficios del Seguro Social y desea inscribirse en la Parte A, solo puede inscribirse en determinados períodos (consulte la página siguiente). (Pagará la prima de la Parte A)

NOTA: Como se está inscribiendo en la Parte A, también puede inscribirse en la Parte B (seguro médico) con este formulario. La Parte B cubre los servicios médicos y mucho más.

¿QUÉ INFORMACIÓN NECESITA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD?

Necesitará:

- Número del Seguro Social
- Fecha de nacimiento
- Dirección y número de teléfono actuales
- Historial laboral
- **Formulario CMS-L564 "Solicitud de información laboral"** cumplimentado por su empresa **si se va a inscribir en la Parte A (y tiene que pagar una prima por ella) o en la Parte B durante un Período de Inscripción Especial.**

¿CUÁL ES EL SIGUIENTE PASO?

Envíe el formulario cumplimentado y firmado (páginas 3-4) a la oficina local del Seguro Social. Si tiene alguna pregunta, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

¿CÓMO OBTENER AYUDA CON ESTA SOLICITUD?

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- **En persona:** Visite la oficina local del Seguro Social. Encuentre la oficina más cercana en www.ssa.gov.
- **En español:** Llame a SSA gratis al 1-800-772-1213 y oprima 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

Si presenta la solicitud después de haber cumplido los 65 años, deberá dejar de contribuir a su HSA antes de solicitar Medicare para evitar las multas del IRS. La cobertura de la Parte A sin prima comienza hasta 6 meses antes de la fecha de solicitud (pero no antes del mes en que cumplió los 65 años). Visite www.irs.gov para obtener más información sobre las HSA.

RECORDATORIO

Si tiene que pagar una prima por la Parte A, o si también se inscribe en la Parte B, deberá pagar primas por cada mes que tenga la cobertura.

Cuándo puede solicitar la Parte A (si tiene que pagar una prima por ella) y la Parte B

CUANDO REÚNA LOS REQUISITOS POR PRIMERA VEZ

(Período de Inscripción Inicial)

Es la primera oportunidad que tiene de solicitarla. Dura 7 meses. Empieza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después de cumplirlos. La cobertura empezará el mes siguiente a su inscripción.

1 DE ENERO-31 DE MARZO DE CADA AÑO

(Período de Inscripción General)

Si se inscribe durante este período, su cobertura empezará el mes siguiente al de su inscripción. En la mayoría de los casos, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía. Esta multa se añade a su prima mensual y aumenta conforme pase más tiempo sin cobertura.

- Multa de la Parte A: Si tiene que pagar una prima por la Parte A, esta aumentará un 10%. La pagará durante el doble de años en los que no se inscribió.
- Multa de la Parte B: La prima de la Parte B aumentará un 10% por cada período de 12 meses en el que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. La pagará mientras tenga cobertura de la Parte B.

SITUACIONES ESPECIALES

(Período de Inscripción Especial)

Personas mayores que trabajan o con discapacidad

Dispondrá de un período de inscripción especial si está cubierto por un plan de salud colectivo (GHP) basado en su empleo actual. Para aprovechar este período de inscripción especial, debe:

- Tener 65 años o más y estar empleado en la actualidad
- Ser cónyuge de una persona empleada y estar cubierto por el GHP de la empresa de su cónyuge en función de su empleo actual.
- Ser menor de 65 años, tener una discapacidad y estar cubierto por un GHP basado en su empleo actual o en el de su cónyuge.

Puede inscribirse en cualquier momento mientras tenga cobertura de un GHP basada en el empleo actual o durante los 8 meses siguientes a la finalización de la cobertura o del empleo, lo que ocurra primero. Si se inscribe mientras tiene cobertura de un GHP basado en el empleo actual o durante el primer mes completo en que ya no tenga esta cobertura, su cobertura comenzará el primer día del mes en que se inscriba. También puede elegir que su cobertura comience en cualquiera de los 3 meses siguientes. Si se inscribe durante cualquiera de los 7 meses restantes de su período de inscripción especial, su cobertura comenzará el mes siguiente a su inscripción.

NOTA: La cobertura COBRA o un plan de salud para jubilados no se considera cobertura de un plan de salud colectivo basado en el empleo actual.

Voluntarios internacionales

Dispondrá de un período de inscripción especial si trabajó como voluntario fuera de los Estados Unidos durante al menos 12 meses en una organización exenta de impuestos y tuvo un seguro médico (a través de la organización) que le proporcionaba cobertura mientras durara el servicio voluntario.

Si cree que puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse y las situaciones especiales para personas menores de 65 años con una discapacidad.

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en Braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que se le ha discriminado. Para obtener más información, visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SOLICITUD DE LA PARTE A (SEGURO DE HOSPITAL)

1. HÁBLELENOS DE USTED: Necesitamos esta información para encontrarle en nuestros registros.

1a. Su número del Seguro Social (o su número de Medicare, si ya tiene la Parte B)

/ /

1b. Su nombre (apellido, nombre, segundo nombre)

1c. Nombre al nacer si es diferente del indicado en el punto 1b.

1d. Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

1e. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

/ /

1f. Estado o país de nacimiento (SIN abreviaturas)

1g. Dirección postal (número y calle, apartado postal, o ruta)

1h. Dirección de residencia permanente, si es diferente de su dirección postal

1i. Número de teléfono

() -

2. HÁBLELENOS DE SU HISTORIAL LABORAL

2a. ¿A cuánto ascendieron sus ingresos totales el año pasado? Si no recibió ninguno, escriba "NINGUNO".

2b. ¿A cuánto espera que asciendan sus ingresos totales este año? Si no recibirá ninguno, escriba "NINGUNO".

2c. ¿Trabajó en el sector ferroviario después del 1 de enero de 1937?

☐ Sí ☐ No

3. HÁBLELENOS DE SU CIUDADANÍA

3a. ¿Es ciudadano estadounidense? (En caso afirmativo, pase al punto 4.) ☐ Sí ☐ No

3b. ¿Se encuentra legalmente en los EE.UU.? (En caso negativo, pase al punto 4.) ☐ Sí ☐ No

3c. ¿Cuándo empezó a residir legalmente en los EE.UU.? (MM/DD/AAAA)

/ /

3d. ¿Reside actualmente en los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

3e. ¿Cuándo se convirtió en residente de los EE.UU.? (MM/DD/AAAA)

/ /

3f. ¿Ha residido en los EE.UU. sin interrupción durante los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No

3g. Indique dónde ha vivido en los últimos 5 años y las fechas en que vivió ahí.

Dirección

Empezó a vivir ahí (MM/AAAA)

/

Dejó de vivir ahí (MM/AAAA)

/

3h. ¿Ha estado fuera de los EE.UU. en los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No

4. HÁBLELENOS DE SU ESTADO CIVIL:

4a. ¿Está casado actualmente? ☐ Sí ☐ No

4b. Nombre del cónyuge (apellido, nombre, segundo nombre)

4c. Fecha de nacimiento del cónyuge (MM/DD/AAAA)

/ /

4d. Número del Seguro Social del cónyuge

/ /

4e. Fecha de matrimonio (MM/DD/AAAA)

/ /

4f. Si no está casado actualmente, ¿tuvo un matrimonio anterior que duró 10 años o más O que terminó con el fallecimiento del cónyuge? (En caso negativo, pase al punto 10.) ☐ Sí ☐ No

4g. Nombre del excónyuge (apellido, nombre, segundo nombre)

4h. Fecha de nacimiento del excónyuge (MM/DD/AAAA)

/ /

4i. Número del Seguro Social del cónyuge

/ /

4j. Fecha del matrimonio anterior (MM/DD/AAAA)

/ /

4k. Fecha en que finalizó el matrimonio anterior (MM/DD/AAAA)

/ /

4l. Fecha de defunción del excónyuge, si ha fallecido (MM/DD/AAAA)

/ /

4m. ¿Tiene otro matrimonio que haya durado 10 años o que haya terminado con el fallecimiento del cónyuge? ☐ Sí ☐ No

5. INSCRIPCIÓN EN LA PARTE A CON PRIMA Y LA PARTE B:

5a. Si tiene que pagar una prima por la Parte A, ¿desea obtener de todos modos la Parte A? (Si la respuesta es "Sí", deberá inscribirse también en la Parte B y tendrá que pagar primas mensuales). ☐ Sí ☐ No

5b. ¿Desea inscribirse en la Parte B? (Tiene que pagar una prima mensual por la Parte B.) ☐ Sí ☐ No

6. INFORMENOS SOBRE SU COBERTURA Y BENEFICIOS MÉDICOS ACTUALES O ANTERIORES:

Necesitamos esta información para determinar cuándo puede inscribirse y las primas que deberá pagar.

6a. ¿Tiene Medicaid? **(Los beneficiarios de Medicaid pueden recibir ayuda para pagar las primas.)** (En caso afirmativo, pase al punto 7.) ☐ Sí ☐ No

6b. ¿Tiene actualmente (o ha tenido) cobertura en un plan de salud colectivo de su empresa o sindicato? (En caso afirmativo, pase al punto 6d.) ☐ Sí ☐ No

6c. ¿Es actualmente (o fue) voluntario internacional de una organización sin fines de lucro que le proporciona o proporcionó cobertura médica? (En caso afirmativo, pase al punto 6d.) ☐ Sí ☐ No

6d. Indique las fechas de empleo (o trabajo voluntario) y cobertura médica (escriba todas las fechas en MM/AAAA)

Fechas en las que usted (o su cónyuge) trabajó para en una empresa que le proporcionó cobertura médica:

Fecha de inicio: /

Fecha de finalización: /

No ha finalizado ☐

Fechas de la cobertura médica de la empresa (u organización sin fines de lucro):

Fecha de inicio: /

Fecha de finalización: /

No ha finalizado ☐

Fechas en las que trabajó como voluntario fuera de EE.UU.:

Fecha de inicio: /

Fecha de finalización: /

No ha finalizado ☐

6e. ¿Recibe usted (o su cónyuge) actualmente beneficios de jubilación de la Oficina de Administración de Personal (OPM)? (En caso negativo, pase al punto 7.) ☐ Sí ☐ No

6f. Su número de solicitud de jubilación de la OPM

6g. Número de solicitud de jubilación de la OPM de su cónyuge

6h. ¿Desea que sus primas de la Parte B se deduzcan de los beneficios de jubilación de su cónyuge? (Consulte las instrucciones de la página 8 antes de contestar). ☐ Sí ☐ No

7. FIRME SU SOLICITUD:

7a. Si está llenando esta solicitud por otra persona, ¿cómo se llama usted y cuál es su parentesco con la persona que presenta la solicitud?

Al firmar esta solicitud, entiendo que la información que he proporcionado se utilizará para tramitar mi solicitud de Medicare. Entiendo que si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, esto constituye un delito castigado por la ley federal con multa, encarcelamiento o ambas penas. Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

7b. Firma manuscrita (no escriba en letra de imprenta)

7c. Fecha de la firma

/ /

Si esta solicitud ha sido firmada con la marca (X), un testigo que conozca a la persona solicitante deberá firmar también este formulario.

7d. Nombre del testigo (nombre y apellido)

7e. Firma del testigo

7f. Fecha de la firma:

/ /

7g. Espacio adicional para los puntos 3g y 6d, si es necesario

Sé que toda persona que haga o provoque que se haga una declaración o manifestación falsa de un hecho sustancial en una solicitud o para uso en la determinación de un derecho a pago en virtud de la Ley del Seguro Social comete un delito castigado por la ley federal con multa, encarcelamiento o ambas penas. Afirmo que toda la información que he proporcionado en este documento es verdadera.

Firma del solicitante

Fecha de la firma

/ /

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha de la firma

/ /

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: El Seguro Social está autorizado a recopilar su información en virtud de los artículos 1836, 1840 y 1872 de la Ley del Seguro Social y sus modificaciones (42 U.S.C. 1395o, 1395s y 1395ii) para su inscripción en la Parte B de Medicare. El Seguro Social y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) necesitan su información para determinar si usted tiene derecho a la Parte B. Aunque no está obligado a proporcionar su información, el hecho de no facilitar toda o parte de la información solicitada en este formulario podría retrasar su solicitud de inscripción.

El Seguro Social y los CMS utilizarán su información para inscribirlo en la Parte B. Su información también puede ser utilizada para administrar los programas del Seguro Social o los CMS u otros programas que se coordinan con el Seguro Social o los CMS para:

1. Determinar sus derechos a los beneficios del Seguro Social y/o a la cobertura de Medicare.
2. Cumplir con las leyes federales que exigen registros del Seguro Social y los CMS (como a la Oficina de Responsabilidad Gubernamental y la Administración de Veteranos).
3. Ayudar en las actividades de investigación y auditoría necesarias para proteger la integridad y mejorar los programas del Seguro Social y los CMS (como a la Oficina del Censo y los contratistas del Seguro Social y los CMS). Podemos verificar su información utilizando coincidencias informáticas que ayuden a administrar los programas del Seguro Social y los CMS de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad y Coincidencias Informáticas de 1988 (P.L. 100-503)

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-XXXX. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente XX minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

¡IMPORTANTE!

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo elemento que se reciba que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0939-0251) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al Seguro Social ni a ningún otro organismo. Consulte la sección “¿Cuál es el siguiente paso?” en la página 1 para enviar su formulario cumplimentado al Seguro Social.

INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA 18-F

1. HÁBLENOS DE USTED

- a. **Su número del Seguro Social (o su número de Medicare):** Escriba su número del Seguro Social o, si ya tiene Medicare, puede escribir en su lugar su número de Medicare.
- b. **Nombre:** Escriba su nombre. Escriba su apellido, nombre y segundo nombre (si lo tiene) en ese orden.
- c. **Nombre al nacer:** Si su nombre en 1b es diferente de su nombre al nacer, escriba el nombre que le dieron al nacer. Escriba su apellido, nombre y segundo nombre (si lo tiene) en ese orden.
- d. **Sexo:** Seleccione uno: hombre o mujer
- e. **Fecha de nacimiento:** Escriba su fecha de nacimiento en este formato: MM/DD/AAAA.
- f. **Estado o país de nacimiento:** Indique el estado o país en el que nació. Escriba completa la localidad; no utilice abreviaturas.
- g. **Dirección postal:** Escriba su dirección postal completa, incluya el número y el nombre de la calle, la ciudad, el estado y el código postal. Puede indicar un apartado postal o ruta.
- h. **Dirección de residencia permanente:** Si vive en una dirección distinta de aquella en la que recibe su correspondencia, escriba la dirección completa, incluya el número y el nombre de la calle, la ciudad, el estado y el código postal.
- i. **Número de teléfono:** Escriba su número de teléfono de 10 dígitos, incluido el código de área.

2. INGRESOS

- a. **¿A cuánto ascendieron sus ingresos totales el año pasado?** Anote el importe total de sus salarios W2 e ingresos netos del año anterior. Si no tuvo ingresos, escriba "Ninguno".
- b. **¿A cuánto cree que ascenderán sus ingresos totales este año?** Indique el importe total que cree que tendrá por salarios W2 e ingresos netos este año. Si no tiene ingresos, escriba "Ninguno".
- c. **¿Trabajó en el sector ferroviario después del 1 de enero de 1937? Seleccione una opción:** sí o no. Si selecciona "sí", es posible que tenga que ponerse en contacto con la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios llamando al 1-877-772-5772.

3. ¿CIUDADANÍA?

- a. **¿Es ciudadano estadounidense?** Seleccione una opción: sí o no. Si selecciona "sí", omita los puntos 3b-3g y pase al punto 4. Si selecciona "no", conteste los puntos 3b-3g. Si no reúne los requisitos para obtener la Parte A sin pagar una prima en función de sus ingresos laborales o los de su cónyuge, es posible que pueda inscribirse en la Parte A si tiene su tarjeta verde (residencia legal permanente) y ha residido en los EE.UU. sin interrupción durante los últimos 5 años. Tiene que pagar una prima mensual por ello.
- b. **¿Se encuentra legalmente en los EE.UU.? Seleccione una opción:** sí o no. Para obtener más información sobre la presencia legal, visite www.dhs.gov/how-do-i/get-green-card. Si selecciona "no", omita los puntos 3c-3h y pase al punto 4.
- c. **¿Cuándo empezó a residir legalmente en los EE.UU.?** Indique la fecha en que obtuvo la condición de residente legal. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- d. **¿Reside actualmente en los EE.UU.? Seleccione una opción:** sí o no

- e. **¿Cuándo se convirtió en residente de los EE.UU.?** Indique la fecha en la que empezó a aplicar una de estas dos condiciones: tuvo presencia legal y vivía en los EE.UU. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- f. **¿Ha residido en los EE.UU. sin interrupción durante los últimos 5 años? Seleccione una opción:** sí o no
- g. **Indique dónde ha vivido en los últimos 5 años y las fechas en que vivió ahí:** Indique las direcciones y las fechas de los lugares en los que ha vivido en los últimos 5 años. Mencione primero el lugar más reciente en el que vivió (o vive actualmente). Indique la fecha en que empezó a vivir en cada lugar, incluso si se mudó hace más de 5 años. Escriba las fechas en formato MM/DD/AAAA. Si necesita más espacio, añada la información en el punto 7g.
- h. **¿Ha estado fuera de los EE.UU. en los últimos 5 años? Seleccione una opción:** sí o no

4. ESTADO CIVIL

- a. **¿Está casado actualmente? Seleccione una opción:** sí o no. Si está divorciado o su cónyuge falleció, seleccione no, omita los puntos 4a-4e y pase al punto 4f. Si nunca ha estado casado, omita los puntos 4a-4m y pase al punto 5.
- b. **Nombre del cónyuge:** Escriba el nombre de su cónyuge actual. Escriba su apellido, nombre y segundo nombre (si su cónyuge lo tiene) en ese orden.
- c. **Fecha de nacimiento de su cónyuge:** Escriba la fecha de nacimiento de su cónyuge actual. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- d. **Número del Seguro Social del cónyuge:** Escriba el número del Seguro Social de su cónyuge actual. Si no lo conoce, escriba "Desconocido".
- e. **Fecha de matrimonio:** Escriba la fecha en que se casó con su cónyuge actual. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- f. **Excónyuge: Seleccione una opción:** sí o no. Si selecciona "no", continúe con el punto 5.
- g. **Nombre del excónyuge:** Escriba el nombre de su excónyuge. Si su cónyuge falleció o si está divorciado, escriba aquí el nombre.
- h. **Fecha de nacimiento del excónyuge:** Escriba la fecha de nacimiento de su excónyuge. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- i. **Número del Seguro Social del excónyuge:** Escriba el número del Seguro Social de su excónyuge. Si no lo conoce, escriba "Desconocido".
- j. **Fecha del matrimonio anterior:** Escriba la fecha en que se casó con su excónyuge. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- k. **Fecha en que finalizó el matrimonio anterior:** Escriba la fecha en que terminó su matrimonio anterior por divorcio. Si está divorciado y su excónyuge ha fallecido, responda también a la pregunta 4L. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- l. **Fecha de defunción del excónyuge:** Si su cónyuge falleció, indique la fecha de fallecimiento de su excónyuge. Escriba la fecha en formato MM/DD/AAAA.
- m. **¿Su cónyuge trabaja (o trabajó) en el sector ferroviario o recibe (o recibió) beneficios ferroviarios? Seleccione una opción:** sí o no

5. INSCRIPCIÓN EN LA PARTE A CON PRIMA Y LA PARTE B:

- a. **Si tiene que pagar una prima por la Parte A, ¿desea obtener de todos modos la Parte A? Seleccione una opción:** sí o no. Si no reúne los requisitos para obtener la Parte A sin tener que pagar una prima, puede elegir si desea inscribirse de todos modos en la Parte A.
- Si selecciona “Sí”, deberá inscribirse también en la Parte B y tendrá que pagar primas mensuales tanto por la Parte A como por la Parte B. Visite Medicare.gov para obtener información sobre los costos actuales de las primas.
 - Si selecciona “no”, no recibirá ni la Parte A ni la Parte B.
- b. **¿Desea inscribirse en la Parte B?**
Seleccione una opción: sí o no. Si solicita Medicare por primera vez, puede elegir si también desea inscribirse en la Parte B (seguro médico).
- Si selecciona “Sí” y se encuentra en uno de los períodos de inscripción que figuran en la página 2 de este formulario, recibirá la Parte B. El Seguro Social le informará cuándo comenzará la cobertura de la Parte B. Usted pagará una prima mensual por la Parte B. Visite Medicare.gov para informarse sobre los costos de la Parte B.
 - Si selecciona no y reúne los requisitos para la Parte A sin tener que pagar una prima, solo obtendrá la Parte A.
 - Si no reúne los requisitos para obtener la Parte A sin tener que pagar una prima y desea obtener la Parte A, también debe seleccionar “Sí” en este punto. Para comprar la Parte A, también debe obtener la Parte B.

6. COBERTURA Y BENEFICIOS MÉDICOS ACTUALES O ANTERIORES:

- a. **¿Tiene Medicaid? Seleccione una opción:** sí o no. Medicaid es un programa que ayuda a pagar los gastos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Si cumple ciertas condiciones o tiene Medicaid, puede obtener ayuda para pagar las primas. Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cómo obtener ayuda para pagar los costos.
- b. **¿Tiene actualmente (o ha tenido) cobertura en un plan de salud colectivo de su empresa o sindicato? Seleccione una opción:** sí o no. En general, un plan de salud colectivo es aquel que ofrece una empresa u organización de trabajadores que proporciona cobertura médica a los empleados y sus familias. Si selecciona “Sí”, conteste el punto 6d.
- c. **¿Es actualmente (o fue) voluntario internacional de una organización sin fines de lucro y también tiene cobertura de salud proporcionada por dicha organización? Seleccione una opción:** sí o no. Para más información sobre los voluntarios internacionales, consulte la nota de la página 2. Si selecciona “Sí”, conteste el punto 6d.
- d. **Indique las fechas de empleo (o trabajo voluntario) y cobertura médica:** Contesté este punto solo si respondió afirmativamente a los puntos 6b o 6c. Únicamente tiene que mencionar el trabajo y la cobertura médica que haya tenido desde que cumplió 65 años.
- Si respondió afirmativamente a la pregunta 6b, escriba información sobre la cobertura médica de su empresa (o la de su cónyuge). Indique las fechas en las que usted (o su cónyuge) trabajó para la empresa que le proporcionó la cobertura médica en la primera columna del cuadro, y las fechas en las que tuvo cobertura médica en la segunda columna del cuadro.
 - Si respondió afirmativamente a la pregunta 6c, escriba información sobre su cobertura médica mientras trabajaba como voluntario fuera de los EE.UU. Debe indicar tanto las fechas en las que trabajó como voluntario

para la organización sin fines de lucro que le proporcionó cobertura médica en la tercera columna del cuadro, como las fechas en las que tuvo cobertura médica en la segunda columna del cuadro.

Indique las fechas de inicio y fin de cada concepto. Si aún no ha finalizado, seleccione “No ha finalizado”. Escriba todas las fechas en formato MM/DD/AAAA. Si necesita más espacio, añada la información en el punto 7g.

- e. **¿Recibe usted (o su cónyuge) actualmente beneficios de jubilación de la Oficina de Administración de Personal (OPM)? Seleccione una opción:** sí o no. También se conoce como pensión del servicio civil. Si selecciona “no”, omita los puntos 6e-6h y pase al punto 7.
- f. **Su número de solicitud de jubilación de la OPM:** Escriba el número completo de solicitud de jubilación de la OPM. También se conocen como números CSA y CSF. Incluya todas las letras y números de su número oficial de solicitud de la OPM. Encontrará su número en su tarjeta de jubilación, extractos de pago de anualidades, en la carta de bienvenida o en el formulario de impuestos 1099-R de la Oficina de Administración de Personal. Visite OPM.gov para obtener más información sobre cómo obtener su número de solicitud.
- g. **Número de solicitud de jubilación de la OPM de su cónyuge:** Escriba el número completo de solicitud de jubilación de la OPM de su cónyuge.
- h. **¿Desea que sus primas de la Parte B se deduzcan de los beneficios de jubilación de su cónyuge?**

Seleccione una opción: sí o no. Para seleccionar “sí”, debe cumplir todos estos requisitos:

- Usted no percibe ni solicita beneficios del Seguro Social
- No es elegible para que el estado pague su prima de Medicare
- Su cónyuge también tiene la Parte B y se le deducen las primas de la Parte B de su beneficio mensual de jubilación
- Su cónyuge da su consentimiento por escrito para que le deduzcan las primas de la Parte B del beneficio mensual de jubilación de usted.

7. FIRME SU SOLICITUD

- a. **Si está llenando esta solicitud por otra persona, ¿cómo se llama usted y cuál es su parentesco con la persona que presenta la solicitud? Escriba su nombre completo (nombre, segundo nombre y apellidos) y su parentesco con la persona que solicita la Parte A.**
- b. **Firma manuscrita:** Firme con su nombre del mismo modo que lo haría en cualquier otro documento oficial. No escriba con letra de imprenta. Si no sabe firmar, coloque una marca “X” en este campo. En este caso necesitará un testigo y este deberá llenar los puntos 7a-7c.
- c. **Fecha de la firma:** Indique la fecha en que firmó la solicitud.
- d. **Nombre del testigo:** Escriba el nombre completo (nombre, segundo nombre y apellidos) del testigo.
- e. **Firma del testigo:** El testigo firma con su nombre en este campo. Firme del mismo modo que lo haría en cualquier otro documento oficial. No escriba con letra de imprenta. La firma del testigo verifica que usted es la persona que solicita la Parte A y firmó la solicitud.
- f. **Fecha de la firma:** Indique la fecha en que el testigo firmó la solicitud.
- g. **Espacio adicional:** Si tiene más información de la que cabe en el espacio previsto para los puntos 3f y 6d, escríbala en este campo.