

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Nombre: _____

Por lo general, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____.
- Hace poco salí de prisión. Me liberaron el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____.
- Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____.
- Hace poco obtuve la ciudadanía de los Estados Unidos. Obtuve la ciudadanía el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____.
- Hubo un cambio reciente en mi cobertura de Medicaid (acabo de recibir la cobertura de Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____.
- Hubo un cambio reciente en mi ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare (acabo de recibir ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), vivo en dicho centro o hace poco lo abandoné. Me mudé/mudaré al centro o abandoné/abandonaré el centro el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____.
- Dejé de participar en un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el *(colocar la fecha)* _____ / _____ / _____

 elderplan | homefirst®

Servicios para los miembros:

1-800-353-3765, (TTY/TDD 711),
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana
6323 Seventh Avenue, Brooklyn NY, 11220
www.elderplan.org

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Nombre: _____

- Hace poco perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (colocar la fecha) _____ / _____ / _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (*colocar la fecha*) _____ / _____ / _____.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (*colocar la fecha*) _____ / _____ / _____.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no califico para participar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (*colocar la fecha*) _____ / _____ / _____.
- Sufrí una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe, según lo establece la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Uno de los enunciados anteriores se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar la inscripción debido a un desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con Elderplan al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, para brindarle más información.

 elderplan | homefirst®

Servicios para los miembros:

1-800-353-3765, (TTY/TDD 711),
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana
6323 Seventh Avenue, Brooklyn NY, 11220
www.elderplan.org