

Mga Tagubilin para sa Pag-apply sa Medicare Savings Program (MSP).

Gamitin ang aplikasyong ito upang makita kung ikaw o ikaw at ang asawa mo ay kuwalipikadong estado ang siyang magbabayad ng premium ng Medicare mo at/o cost-sharing. HINDI ito isang aplikasyon para sa iba pang mga benepisyo tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Kung gusto mong mag-apply para sa ibang Medicaid coverage o kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng anumang bahagi ng form na ito, kontakin ang lokal na opisina ng Medicaid - www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

May tatlong uri ng Medicare Savings Program (MSP):

Kuwalipikadong Benepisyaryo ng Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): babayaran ng estado ang iyong premium at cost sharing (mga deductible, co-insurance at copay) sa Medicare Part A at/o Part B. Kung kuwalipikado ka para sa QMB, awtomatiko kang magiging kuwalipikado para sa Karagdagang Tulong upang bayaran ang iyong gastos kaugnay sa pagsaklaw sa Medicare Part D na gamot.

Benepisyaryo ng Medicare na may Natukoy na Mababang Kita (SLMB): babayaran ng estado ang iyong premium sa Medicare Part B, at awtomatiko kang magiging kuwalipikado para sa Karagdagang Tulong upang bayaran ang iyong gastos kaugnay sa pagsaklaw sa Medicare Part D na gamot.

Kuwalipikadong Indibiduwal (QI): babayaran ng estado ang iyong premium sa Medicare Part B, at awtomatiko kang magiging kuwalipikado para sa Karagdagang Tulong upang bayaran ang iyong gastos kaugnay sa pagsaklaw sa Medicare Part D na gamot.

Ang estado ang magpapasiya kung kuwalipikado ka (at kung kuwalipikado ang asawa mo, kung nag-aapply din ang asawa mo). Kung naaprubahan ka para sa isang MSP, ang iyong premium sa Part B ay hindi na ibabawas mula sa iyong Social Security, Railroad o Civil Service na mga benepisyo sa pagreretiro, at awtomatiko kang mai-enroll sa Karagdagang Tulong upang bayaran ang iyong premium sa Medicare Part D at cost-sharing para sa mga saklaw na inireresetang gamot. Kontakin ang opisina ng Medicaid kung hindi ka na-enroll sa benepisyo ng Karagdagang Tulong.

Ang pagbawi ng ari-arian ay hindi lapat sa anumang tulong na makukuha mo para sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare o cost-sharing. Nangangahulugan iyon na HINDI mo kailangang bayaran ang anumang tulong na natatanggap mo sa pamamagitan ng Medicare Savings Program.

Ano ang posibleng kailangan mo sa pag-apply

Maaaring kailanganin mong magbigay ng mga kopya ng mga dokumento upang kumpirmahin ang ilang impormasyon, kabilang ang:

- Katibayan ng kita (tulad ng benepisyo sa pagreretiro o kapansanan o payslip)
- Katibayan ng pag-aari (tulad ng mga bank statement o life insurance)
- Patunay ng Medicare
- Para sa mga hindi citizen ng estado, patunay ng kuwalipikadong istatus sa imigrasyon (tulad ng green card, pasaporte o iba pang dokumento mula sa Department of Homeland Security)
- Katibayan ng tirahan (tulad ng resibo ng upa, bill ng kuryente o tubig, o ID card na inisyu ng estado)

Kung kailangan mo ng mas maraming espasyo para magsulat, maglakip ng karagdagang pahina.

Mga paraan ng pag-apply

- Kumpletuhin ang isang online na aplikasyon sa _____
- Ipadala ang aplikasyong ito sa _____

- I-fax ang application na ito sa _____
- Bisitahin ang opisina ng [ahensiya ng estado] sa _____
- Tawagan ang [ahensiya ng estado] para sa tulong sa _____

Magtago ng kopya ng aplikasyon para sa iyong sariling rekord.

Ano ang susunod na mangyayari?

Susuriin ng ahensiya ng Medicaid ang iyong aplikasyon. Dapat kang makakuha ng tugon tungkol sa iyong pagiging kuwalipikado sa loob ng 45 araw. Kung hindi ka makatanggap ng tugon sa loob ng 45 araw, kontakin ang ahensiya ng Medicaid.

Humingi ng tulong para sa mga tanong tungkol sa Medicare Savings Program

Para sa mga tanong tungkol sa Medicare Savings Program o mga benepisyo mo sa Medicare, kontakin ang iyong lokal na State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Hanapin ang impormasyon para makontak sila sa pamamagitan ng pagtawag sa [877-839-2675](tel:877-839-2675) o pagbisita sa www.shiphelp.org/.

Aplikasyon para sa Medicare Savings Program

Personal na Impormasyon

Aplikante – Ilista ang iyong pangalan ayon sa pagkakasulat nito sa iyong Medicare card

Apelyido	Pangalan	Gitnang pangalan
Address kung saan ka nakatira	Lungsod	Estado ZIP code
Mailing address (kung iba)	Lungsod	Estado ZIP code
Pangunahing telepono:	Kahaliling telepono (opsyonal):	
Email address (opsyonal)	Katayuan ng pag-aasawa: Walang asawa (single/diborsiyado/balo) <input type="checkbox"/> Kasal, kasambahay ang asawa <input type="checkbox"/> Kasal pero hiwalay sa asawa <input type="checkbox"/>	

Katayuan ng pagkamamamayan:

US citizen ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi
 Kung hindi, mayroon ka bang kuwalipikadong estado sa imigrasyon? ☐ Oo (Pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba)
☐ Hindi

Alien number, I-94 number o document ID number at klase ng dokumento	Petsa nang ibigay ang katayuan	Petsa ng pagpasok mo sa US	Bansang pinagmulan
--	--------------------------------	----------------------------	--------------------

Ikaw ba, o ang asawa o magulang mo, ay beterano o aktibong miyembro ng militar ng US? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang asawa mo ba ay U.S. citizen (kung ang asawa mo ay nag-aapply din para sa isang MSP)? ☐ Oo ☐ Hindi
 Kung hindi, mayroon ba silang kuwalipikadong estado sa imigrasyon? ☐ Oo (Pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba)
☐ Hindi

Alien number, I-94 number o document ID number at klase ng dokumento	Petsa nang ibigay ang katayuan	Petsa ng pagpasok mo sa US	Bansang pinagmulan
--	--------------------------------	----------------------------	--------------------

Mga Miyembro ng Sambahayan

Isama ang iyong asawa na nakatira sa iisang bahay. Isama ang mga kamag-anak na nakatira sa parehong bahay na umaasa sa iyo o sa iyong asawa para sa hindi bababa sa kalahati ng kanilang suportang pinansyal. Kung kailangan mo ng mas maraming espasyo para magsulat, maglakip ng mga karagdagang pahina.

Pangalan (apelyido, una, gitna)	Relasyon sa iyo	Petsa ng kapanganakan	Nag-a-apply sa mga benepisyo ng MSP?	Numero ng Social Security (kung nag-a-apply para sa mga MSP)
	Sarili		Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	
	Asawa		Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	
	Iba pa (tukuyin)		N/A	Opsyonal
	Iba pa (tukuyin)		N/A	Opsyonal

Impormasyon sa Saklaw ng Medicare

Mayroon ka bang Medicare?		Klase ng saklaw	Numero ng Medicare
Sarili	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Part A <input type="checkbox"/>	
		Part B <input type="checkbox"/>	
Asawa	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Part A <input type="checkbox"/>	
		Part B <input type="checkbox"/>	

Impormasyon tungkol sa Iba pang Insurance sa Kalusugan (tulad ng employer, Medigap, Tricare, mga benepisyo pangkalusugan ng VA)

May-ari ng insurance (Policy Holder)	Taga-insure (Insurer)	Uri ng insurance	Policy number

Suweldo

Ilista ang anumang suweldo na natatanggap mo o ng iyong asawa. Ibigay ang halaga ng suweldo bago alisin ang anumang mga kaltas tulad ng mga buwis o mga premium ng insurance. Kasama sa mga uri ng suweldo, ngunit hindi limitado sa:

- Benepisyo sa Social Security
- Supplemental Security Income (SSI)
- Kabayaran sa mga Manggagawa
- Mga Benepisyo ng Beterano
- Alimony Payment
- Tulong mula sa Gobyerno
- Insurance sa Kawalan ng Trabaho
- Sariling Pinagkakakitaan
- Dibidendo at Interes
- Kita sa Renta
- Suweldo mula sa trabaho
- Kita ng mga Komisyon
- Mga Benepisyo sa Riles
- Mga Benepisyo sa Pagreretiro sa Serbisyo Sibil

Sino ang kumkuha ng kita na ito?	Uri ng suweldo (tulad ng mula sa amo o Social Security)	Anong halaga?	Gaano kadalas itong natatanggap? (lingguhan, bawat dalawang linggo, buwanan)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Mga asset

Kung ikaw o ang asawa mo ay may mga asset, ilista ang klase ng asset, kung sino ang nagmamay-ari ng asset at kung ang asset ay pagmamay-ari ng isa lang o magkasama. Kasama sa mga asset, ngunit hindi limitado sa:

- Cash
- Checking Account
- Savings Account
- Account sa Money Market
- Mutual Funds
- Savings Bonds
- Stocks
- Certificate of Deposit (CD)
- Pondo para sa Pagreretiro (Individual Retirement Accounts, IRA)
- Pondo sa Paglilibing
- Mga bahay o lupa na pagmamay-ari mo (hindi kasama ang pangunahing tirahan)

Klase ng asset	Pangalan ng (mga) may-ari	Pagmamay-ari	Kasalukuyang halaga
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$
		Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>	\$

Ikaw ba o ang asawa mo ay may sasakyan (kotse, truck, bangka, motor home, motorsiklo, camper, at/o trailer)?
Kung oo, pakilista sa ibaba at banggitin kung ano ang pangunahing sasakyan mo:

Pangalan ng (mga) may-ari	Pagmamay-ari	Klase ng sasakyan	Taon	Gumawa/Modelo	Halaga	Halaga ng utang
	Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Indibiduwal <input type="checkbox"/> Magkasama <input type="checkbox"/>				\$	\$

Ikaw ba at/o ang asawa mo ay may buong life insurance na may pinagsamang halaga (face value) na higit sa \$1,500? Kung oo, pakilista sa ibaba:

Taong May Insurance	Pangalan ng insurance company/policy number	Kailangan ng tulong sa paghahanap ng halaga ng insurance (value of policy)?	Halaga ng insurance	Halaga ng pera
		Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	\$	\$
		Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	\$	\$

Maingat na Basahin Bago Pumirma

Naiintindihan ko na:

- Dapat kong ireport agad ang anumang pagbabago sa aking sitwasyon sa ahensya ng Medicaid. Ang huling pagrereport ay puwedeng magresulta ng mga maling benepisyo.
- Ang aking sitwasyon ay kukumpirmahin ng ahensya ng Medicaid o ibang ahensya ng estado o pederal.
- Maaaring hilingin sa akin ng ahensiya ng Medicaid na magpakita ng patunay kung ako ay kuwalipikado. Maaaring tulungan ako ng ahensya ng Medicaid na makuha ang patunay o kumontak sa ibang tao o ahensya para dito.
- Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyong ito, pinahihintulutan ko ang ahensiya ng Medicaid ng estado na kumontak sa life insurance company ko para sa akin.
- Sa paghingi at pagtanggap ng mga benepisyo sa pangangalagang medikal, itinatalaga ko sa estado ang lahat ng karapatan sa anumang suportang medikal at sa anumang mga pagbabayad ng third-party para sa pangangalagang medikal.
- Kung napatunayang kuwalipikado ako para sa isang Medicare Savings Program, **hindi** ako sasailalim sa pagbawi ng ari-arian para sa anumang tulong na makukuha ko upang bayaran ang aking premium, deductible, o coinsurance ng Medicare.

Makakatanggap ka ng Abiso sa Pagiging Kuwalipikado sa koreo pagkatapos naming iproseso ang aplikasyon mo. Kung hindi ka sang-ayon kung saan ka kuwalipikado, maaari kang humingi ng apela. Suriin ang iyong Abiso sa Pagiging Kuwalipikado upang mahanap ang mga tagubilin sa mga apela na partikular sa bawat indibiduwal sa iyong sambahayan na nag-aaplay para sa pagsaklaw, kabilang kung ilang araw ka dapat humiling ng apela. Narito ang mahalagang impormasyon na dapat isaalang-alang kapag humihiling ng apela:

Maaari kang makisuyo sa iba na humiling o makibahagi sa iyong apela kung gusto mo. Ang indibiduwal na iyon ay maaaring kaibigan, kamag-anak, abogado, o iba pang indibiduwal. O, maaaring ikaw mismo ang humiling at makibahagi sa iyong apela.

Upang humingi ng apela, tawagan kami sa 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-800-XXX-XXXX). O, pumunta sa [medicaid.state.gov] para makakuha ng form ng apela. O, maaari kang gumawa ng sulat at ipadala o dalhin ito sa amin sa State Medicaid Agency, 321 Any Road, Any City, Any State 00100.

Deklarasyon at Mga Lagda

Nabasa at naunawaan ko ang impormasyon sa aplikasyon na ito. Ipinapahayag ko, sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling, ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito ay totoo, tama, at kumpleto sa abot ng aking kaalaman.

Lagda ng aplikante/kinatawan:

Petsa:

Lagda ng asawa (kung angkop):

Petsa:

Pangalan ng kinatawan:

Numero ng telepono ng
kinatawan:

Relasyon sa aplikante:

Mailing address ng kinatawan:	Email address ng kinatawan:
-------------------------------	-----------------------------

May karapatan kang makuha ang iyong impormasyon sa isang naa-access na format, tulad ng malalaking letra, Braille, o audio. May karapatan ka ring magsampa ng reklamo kung sa tingin mo ay nakaranas ka ng diskriminasion. Bisitahin ang [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa higit pang impormasyon. Mga user ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.

Opsyonal: (Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay hindi makakaapekto sa pagiging kuwalipikado.)

SARILI: i-check ang lahat ng angkop

Kung Hispanic/Latino

☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Iba pa _____

Lahi

<input type="checkbox"/> Puti	<input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamese
<input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro	<input type="checkbox"/> Itim o African American	<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Japanese
<input type="checkbox"/> Iba pang Asyano	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Korean
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Iba pang Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Iba pa _____	

Pumili ng sagot.

Kasarian sa kapanganakan (maaaring makita sa iyong sertipiko ng kapanganakan)

☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Iba pa _____ ☐ Hindi sigurado ☐ Pinipiling hindi sagutan

Kasalukuyang kasarian:

☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Transgender na babae ☐ Transgender na lalaki ☐ Ibang termino _____
☐ Hindi sigurado ☐ Pinipiling hindi sagutan

Seksuwal na Oryentasyon:

☐ Bisexual ☐ Tomboy o bakla ☐ Straight (hindi lesbian o bakla) ☐ Ibang termino _____ ☐ Hindi sigurado
☐ Pinipiling hindi sagutan

Opsyonal: (Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay hindi makakaapekto sa pagiging kuwalipikado.)

ASAWA: i-check ang lahat ng angkop

Kung Hispanic/Latino

☐ Mexican ☐ Mexican American ☐ Chicano/a ☐ Puerto Rican ☐ Cuban ☐ Iba pa _____

Lahi

<input type="checkbox"/> Puti	<input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamese
<input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro	<input type="checkbox"/> Itim o African American	<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Japanese
<input type="checkbox"/> Iba pang Asyano	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Korean
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Iba pang Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Iba pa _____	

Pumili ng sagot.

Kasarian sa kapanganakan (maaaring makita sa iyong sertipiko ng kapanganakan)

☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Iba pa _____ ☐ Hindi sigurado ☐ Pinipiling hindi sagutan

Kasalukuyang kasarian:

☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Transgender na babae ☐ Transgender na lalaki ☐ Ibang termino _____
☐ Hindi sigurado ☐ Pinipiling hindi sagutan

Seksuwal na Oryentasyon:

☐ Bisexual ☐ Tomboy o bakla ☐ Straight (hindi lesbian o bakla) ☐ Ibang termino _____ ☐ Hindi sigurado
☐ Pinipiling hindi sagutan