

**QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION**  
**SOLICITUD DE BENEFICIARIO CALIFICADO DE MEDICARE (QMB), BENEFICIARIO DE MEDICARE CON INGRESO BAJO ESPECIFICADO (SLMB) E INDIVIDUOS CALIFICADOS (QI)**

<b>Nombre</b>		<b>Número de Social Security</b>		<b>Número de Medicare</b>		<b>Fecha</b>	
<b>Número de teléfono</b> (      )		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	
<b>Dirección (número, calle)</b>			<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código postal</b>

Esta información le ayudará al solicitar los programas de Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (Beneficiario Calificado de Medicare), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Especificado) o Qualifying Individual (QI) (Individuo Calificado). El estado pagará las primas, deducibles y cuotas de coaseguro de Medicare Parts A y B para las personas elegibles para el programa de QMB. El estado pagará las primas de Medicare Part B para las personas elegibles para recibir SLMB o QI. Puede solicitar QMB, SLMB o QI si llena este formulario y lo envía por correo a la agencia local de servicios sociales de su condado.

Para ser elegible para QMB, SLMB o QI, debe

- Ser elegible para Medicare Part A (seguro hospitalario).
- Ser elegible para Medicare Part B (seguro médico).
- Cumplir los requisitos de ingresos siguientes
  - QMB:** Ingreso neto contable menor o equivalente al 100% del Nivel Federal de Pobreza o Federal Poverty Level (FPL) (igual o menor a \$1,153\* para una sola persona o \$1,546\* para una pareja).
  - SLMB:** Ingreso neto contable menor o equivalente al 120% del FPL (menor a \$1,380\* para una sola persona o \$1,852\* para una pareja).
  - QI:** Ingreso neto contable menor o equivalente al 135% del FPL (menor a \$1,550\* para una sola persona o \$2,081\* para una pareja).

\*Si usted tiene un niño que vive en la casa, estos montos podrían ser más altos. Se espera que estos montos aumenten cada año en abril. Si usted recibió un ajuste por el costo de la vida de Title II Social Security en enero, este monto no se tomará en cuenta hasta abril.

- Tener un máximo de \$130,000 en bienes no exentos para una persona sola o \$195,000 para una pareja.
- Cumplir con ciertos requisitos y condiciones, tales como ser residente de California.

### IMPORTANTE

Usted podría ser elegible para otros programas de Medi-Cal, además de los programas QMB  Sí  No y SLMB, tales como CalFresh o Medi-Cal con (costo compartido). Usted también podría ser elegible para Medi-Cal con costo compartido mensual si usted está **por encima** del límite de ingresos de los programas QMB, SLMB y QI. Si desea solicitar estos otros programas, marque "Sí" y el condado le enviará otros formularios para que los llene.

¿Desea solicitar tres meses de cobertura retroactiva para los programas de SLMB y QI?  Sí  No  
(No hay ninguna cobertura retroactiva para QMB).

**ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO COMPLETO A LA AGENCIA LOCAL DE SERVICIOS SOCIALES DE SU CONDADO.**

**Enumere todas las personas que viven en su hogar (cónyuge/niños).** Si más de tres personas viven con usted, usted puede enumerarlos en una hoja aparte.

Nombre	Número de Social Security	Sexo hombre, mujer	Fecha de nacimiento	Relación que tiene con usted

**A. INGRESO CONTABLE**

**COUNTY USE**

**1. Rellene las rentas pasivas MENSUALES recibidas por el solicitante de QMB/SLMB/QI:**

- a. Cheque del Social Security \$ \_\_\_\_\_
- b. Beneficios de VA \$ \_\_\_\_\_
- c. Intereses de cuentas bancarias o certificados de depósito \$ \_\_\_\_\_
- d. Ingresos por jubilación \$ \_\_\_\_\_
- e. Cualquier otro ingreso no devengado \$ \_\_\_\_\_
- f. Total de RENTAS PASIVAS-sumar líneas a. a la e. \$ \_\_\_\_\_

Applicant's unearned income (line f)  
\$ \_\_\_\_\_

Spouse's unearned income (line l)  
+ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Si usted está casado y vive con su CÓNYUGE, anote las rentas pasivas MENSUALES recibidas por su cónyuge:**

- g. Cheque del Social Security \$ \_\_\_\_\_
- h. Beneficios de VA \$ \_\_\_\_\_
- i. Intereses de cuentas bancarias o certificados de depósito \$ \_\_\_\_\_
- j. Cualquier otro ingreso no devengado \$ \_\_\_\_\_
- k. Renta de jubilación \$ \_\_\_\_\_
- l. Total INGRESO NO DEVENGADO DEL CÓNYUGE-sumar líneas g. a la k \$ \_\_\_\_\_

Any Income deduction  
- \_\_\_\_\_

Net unearned income  
\_\_\_\_\_

**3. Anote las rentas pasivas MENSUALES recibidas por el solicitante de QMB/SLMB/QI y su cónyuge:**

- m. Ingresos brutos para la persona que desea convertirse en QMB, SLMB o QI \$ \_\_\_\_\_
- n. Ingresos brutos para el cónyuge \$ \_\_\_\_\_
- o. Total: sumar líneas m. a la n. \$ \_\_\_\_\_
- p. Restar \$65 \$ \_\_\_\_\_
- q. Sobrante \$ \_\_\_\_\_
- r. Divida dentro de 2 \$ \_\_\_\_\_

Net earned income (line r)  
+ \_\_\_\_\_

Total net income  
\_\_\_\_\_

MFBU size  
\_\_\_\_\_

**4. Ingresos totales:**

- Sumar líneas f., l., y r. \$ \_\_\_\_\_
- s. Menos \$20 (cualquier deducción de ingresos) \$ \_\_\_\_\_

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.  
\_\_\_\_\_

**5. TOTAL DE INGRESOS CONTABLES**

\$ \_\_\_\_\_

**6. Posibles QMB, SLMB o QI elegibles:**

- Usted es potencialmente elegible como QMB si su ingreso es igual o menor al 100% del FPL (de \$1,153\* para una sola persona o de \$1,546\* para una pareja).
- Usted es potencialmente elegible como SLMB si su ingreso es menor al 120% del FPL (menor a \$1,380\* para una sola persona o menor a \$1,852\* para una pareja).
- Usted es potencialmente elegible como QI si su ingreso es menor al 135% del FPL (menor a \$1,550\* para una sola persona o menor a \$2,081\* para una pareja).

\*Si usted tiene un niño en la casa, estos montos podrían ser mayores.

**COUNTY USE**

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.

**B. BIENES**

Un QMB, SLMB o QI que no está casado o no vive con su cónyuge puede tener bienes contabilizables que sean iguales o menores a \$130,000. Un QMB, SLMB o QI que está casado o vive con su cónyuge puede tener bienes contabilizables que sean iguales o menores a \$195,000.

Los siguientes son ejemplos de bienes contabilizados. **Importante:** La casa donde usted o su cónyuge viven no se contabiliza. Un automóvil que se usa para el transporte **no** se contabiliza. Si usted presenta solicitud la agencia local de servicios sociales de su condado como un QMB, SLMB o QI, es posible que el condado considere los bienes enumerados en este formulario de forma distinta. Existen otros tipos de bienes que agencia de servicios sociales del condado también tomará en cuenta, tales como certificado(s) de depósito. Estos otros bienes **podrían** ser o **no** contabilizados para el límite de bienes.

Llene el valor para los bienes siguientes que le pertenezcan a usted, a su cónyuge o a ambos.

- |   |            |
|---|------------|
| 1. Cuentas corrientes (cheques)   | \$ _____   |
| 2. Cuentas de ahorros   | \$ _____   |
| 3. Certificado(s) de depósito   | \$ _____   |
| 4. Acciones   | \$ _____   |
| 5. Bonos  | \$ _____   |
| 6. Un segundo automóvil<br>(valor menos el monto adeudado)  | \$ _____   |
| 7. Una segunda casa<br>(valor menos el monto adeudado)  | \$ _____   |
| 8. El valor de rescate en efectivo de las pólizas de seguro de vida si el valor nominal de <b>todas</b> las pólizas combinadas excede de \$1,500 (No incluya las pólizas de seguro de “plazo fijo”) | \$ _____   |
| 9. Total de BIENES-sumar las líneas 1 a la 8  | **\$ _____ |

\*\*El total no puede exceder de \$130,000 para una persona sola o \$195,000 para una pareja.

**COUNTY USE**

**Información adicional:** Podría ser elegible para recibir **hasta tres meses de cobertura retroactiva** de las primas de su Medicare Part B en los programas de SLMB y QI.

**NOTA:** El programa Medi-Cal debe buscar el pago proveniente del patrimonio de ciertos miembros de Medi-Cal fallecidos, para cubrir los pagos realizados, incluyendo cuotas de cuidados administrados, por servicios de hogar de cuidados para personas mayores, servicios con base en el hogar y la comunidad y servicios relacionados de hospital y medicamentos

**recetados al miembro de Medi-Cal fallecido, en su cumpleaños 55 o después. Un miembro fallecido no deberá nada si no deja un patrimonio ni tiene propiedades cuando muera. Para obtener más información usted puede visitar el sitio web de Estate Recovery (Recuperación de patrimonio) en <http://dhcs.ca.gov/er> o llame al (916) 650-0590. Sin embargo, las personas inscritas en los programas de QMB/SLMB/QI (ya sea exclusivamente o que tengan Medi-Cal), no están sujetas a la Recuperación de Bienes Sucesorios por concepto de primas, deducibles o copagos de Medicare.**

<b>Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del State of California, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera, correcta y completa.</b>	
Firma (o huella) del solicitante ➤	Fecha
<b>County Use</b>	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Eligibility Worker's signature ➤	Date

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD DEL DHCS**

Este formulario sirve para recibir beneficios a través del Department of Health Care Services (DHCS). La información personal y médica que usted proporcione en el mismo es de carácter privado y confidencial. El DHCS la necesita para identificarlo a usted y a las otras personas incluidas en este formulario y para administrar nuestros programas. Compartiremos su información con otras agencias, contratistas, planes de salud y programas estatales, federales y locales únicamente para la administración de programas y con otras agencias estatales y federales según exija la ley.

Debe contestar todas las preguntas en este formulario a menos que estén marcadas como “opcional”. Si falta alguna información en su formulario que sea necesaria para nosotros, nos comunicaremos con usted para pedírsela. Si no la proporciona, no podremos tomar una decisión sobre sus beneficios. Posiblemente tendría que presentar una nueva solicitud o se le pueden denegar los servicios.

En la mayoría de los casos, tiene el derecho de ver su información personal que se encuentra en los registros estatales y federales. De ser necesario, puede verla en un formato alternativo (tal como los caracteres grandes). Para obtener más información, comuníquese con la DHCS Information Protection Unit al:

P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA  
95899-7413  
Phone: 1-866-866-0602  
TTY: 1-877-735-2929

Estas leyes estatales nos dan el derecho de recopilar y conservar la información: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. Debemos proporcionarle esta Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17.