APLIKASYON PARA SA MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

Ang Estado ng Washington Department of Social and Health Services (DSHS) ay mayroong mga programa upang tulungan ka sa pagbayad ng ilan sa iyong mga gugol na Medicare. Ang mga programang iyan ay para sa tao na karapat-dapat para sa o nakalista sa Medicare Part A.

QMB

Qualified Medicare Beneficiary

Ang programa na ito ay para sa Medicare Part A na karapat-dapat na tumanggap na tao na mayroong limitadong mga kayamanan at kita na nasa o mababa sa 100% ng Federal Poverty Level (FPL). Ang Programang QMB ay nagbabayad para sa Medicare Part A kung kinakailangan, Medicare Part B na buwanang regular na hulog at sinasaklaw ang mga Medicare deductibles (halaga na dapat mong bayaran para sa pangangalaga sa kalusugan bago mag-umpisang magbayad ang Medicare) at mga singil na coinsurance (porsiyentong naaprobahang halaga na kailangan mong bayaran) at mga kabahagi sa babayaran.

SLMB

Specified Low-Income Medicare Beneficiary

Ang programa na ito ay para sa Medicare Part A na karapat-dapat na tao na mayroong limitadong mga kayamanan at kita na mas higit sa 100% ng FPL ngunit mas maliit sa 120% ng FPL. Ang programang SLMB ay nagbibigay ng pagbabayad para sa Medicare Part B na mga buwanang regular na hulog lamang.

Qualified Individual (Q-1) - ESLMB

Expanded Specified Low-Income Medicare Beneficiary

Ang programa na ito ay para sa Medicare Part A na karapat-dapat na tao na mayroong limitadong mga kayamanan at kita na mas higit pa kaysa 120% ng FPL ngunit mas maliit sa 135% ng FPL. Ang mga tao ay hindi maaring karapat-dapat na tumanggap para sa Medicaid at tumanggap ng QI-1. Ang programang QI-1 ay nagbibigay ng pagbabayad para sa Medicare Part B na buwanang regular na hulog lamang. Ang pagpondo para sa programang ito ay limitado.

PAANO AKO MAGIGING KUWALIPIKADO?

1. Kailangan sa iyong karapat-dapat na tumanggap ng Medicare na mga Parteng A at B.
2. Ang iyong mga kayamanan, gaya ng mga akawnt sa bangko, mga saping-puhunan(stocks) at mga bono (bonds) ay hindi makakalampas ng $4,000 para sa isang tao o $6,000 para sa mag-asawa. Ang mga kayamanan at kita ng iyong asawa ay binibilang kahit na ang iyong asawa ay maaring hindi tumatanggap ng Medicare o umaaplay para sa mga benepisyo.
3. Ang iyong kita ay dapat na nasa loob ng mga hanggahan ng bawat programa. Ang mga hanggahang kita na ito ay isinasapanahon taun-taon.
4. Upang umaplay o magtanong ng mas marami pang katanungan, makipag-ugnayan sa DSHS Community Services (CSO) na nagsisilbi sa lugar na iyong tinitirhan. **Tingnan sa iyong aklat-telepono sa mga pahinang "state government" sa ilalim ng Social and Health Services o Community Services Office upang hanapin ang numerong telepono ng pinakamalapit na CSO sa inyo.**

PAANO AKO AAPLAY?

1. Kumpletuhin ang nakakabit na aplikasyon para sa mga programang QMB, SLMB, at QI-1 (o ESLMB).
2. Ikabit ang kopya ng iyong pula, puti at asul na tarhetang Medicare (harap at likod) at pagkakakilanlang personal sa iyo. Ikabit din ang kopya ng iyong tarhetang seguro (harap at likod), kung mayroon kang ibang seguro sa kalusugan. **Pakipadala ang mga kopya, hindi ang mga orihinal.**
3. Ikoreo ang aplikasyon at mga kopya ng mga dokumento na nakalista sa itaas sa iyong lokal na CSO.
4. Maaring abutin ng hanggang sa 45 na araw mula sa petsa nang pagkatanggap ng DSHS sa iyong aplikasyon hanggang sa pagkakumpleto ng pagsasagawa ng aplikasyon. Kung wala kang maririnig mula sa DSHS sa loob ng 20 mga araw, tawagan ang iyong Community Services Office (CSO) upang tanungin ang kalagayan ng iyong aplikasyon.

KUNG KAILANGAN MO NG TULONG NA KUWALTANG KAS, PAGGAMOT O PAGKAIN, DAPAT KANG KUMUMPLETO NG IBANG APLIKASYON. PAKITAWAGAN ANG IYONG COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO) AT PAPADALHAN KA NILA NG NAAANGKOP NA PORMULARYO.

APLIKASYON PARA SA MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

Mangyari lang pong basahin ang sumusunod bago kumpletuhin ang aplikasyon.

Kakailanganin mong sagutin ang lahat ng mga katanungan bago namin malalaman kung matutulungan ka namin. Kung kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto sa ano mang bahagi ng pormularyong ito, tawagan ang iyong lokal na Community Services Office.

HAKBANG #1 Pakiimprenta.

1. UNANG PANGALAN	INISYAL NG GITNANG PANGALAN	APELYIDO

2. ADRES NG TIRAHAN	SIYUDAD	ESTADO	KODIGO POSTAL

3. ADRES NA PAGPAPADALHAN NG KOREO (KUNG IBA)	SIYUDAD	ESTADO	KODIGO POSTAL

4. MGA NUMERONG TELEPONO	5. MAY KAHIRAPAN KA BA SA PAGSALITA, PAGBASA O PAGSULAT NG INGLES?
TAHANAN	☐ OO ☐ HINDI
MENSAHE	KAILANGAN MO BA NG INTERPRETER? ☐ OO ☐ HINDI KUNG OO, MAGKAKALOOB KAMI NG ISA. ANONG WIKA ANG IYONG SALITA? _____

PANGKALAHATANG IMPORMASYON

KUNG MAY-ASAWA. ILISTA ANG ASAWA RIN, GAMITIN ANG NASA AYON SA BATAS NA MGA PANGALAN

PANGALAN (UNA, INISYAL NG GITNA, APELYIDO)	RELASYON SA IYO	PETSA NG PAGKAPAN GANAK	UMAAPLAY PARA SA MGA BENEPISYO? HINDI OO	NUMERONG SOCIAL SECURITY	KASARIAN M (LALAKI) O F (BABAE)
	SARILI				
	ASAWA				

IMPORMASYON UKOL SA SAKLAW NA PAGGAMOT

ITSEK KUNG ALIN ANG AANGKOP				NUMERONG MEDICARE
Maaring tumanggap para sa o tumatanggap ng: Medicare Part A	Sarili	Oo ☐	Hindi ☐	
	Asawa	Oo ☐	Hindi ☐	
Maaring tumanggap para sa o tumatanggap ng: Medicare Part B	Sarili	Oo ☐	Hindi ☐	
	Asawa	Oo ☐	Hindi ☐	

Mayroon ako/kaming iba pang pagsaklaw sa paggamot. Oo ☐ Hindi ☐

Kung oo, anong seguro at sino ang sinasaklawan nito?

_____

_____

Nagbayad ka ba ng mga hulog sa Medicare para sa Medicare Part A o Part B sa nakalipas na 3 buwan?

Oo ☐ Hindi ☐ Kung iyan ay totoo, mangyaring sabihin sa amin kung aling buwan _____

KITA

Para sa bawat tao na iyong isinama sa aplikasyon na ito na mayroong kita, ilista ang kita sa ibaba. Ilista ang halaga ng kita bago ang mga pagbabawas (gaya ng mga buwis o seguro) ay naibawas . Kasama sa kita ang mga ngunit hindi limitado sa:

- Mga Suweldo
- Sariling hanapbuhay
- Mga Komisyon
- Lugar na Tulugan at Pagkain/Pag-upa
- Mga Benepisyong Railroad (Pagtrabaho sa Riles ng Tren)
- Social Security na Mga Benepisyong Seguro
- Mga Benepisyong Beterano
- Mga Benepisyong Sustento ng Lalaki sa Kanyang Asawang Hiniwalayan
- Bayad-pinsala sa Pagkawalang-Trabaho o sa Manggagawa
- SSI/Pampubliko na Tulong
- Mga Pensiyon/Pagreretiro
- Mga Dibidendo at Interes
- Iba

PANGALAN	PINAGTATRABAHUHAN O PINANGGAGALINGAN NG KITA	HALAGA BAGO NG MGA PAGBABAWAS	GAANO KADALAS ANG PAGTANGGAP?

MGA KAYAMANAN

A. Ang aking mga kayamanan ay mababa sa $4,000 para sa isang tao o $6,000 para sa mag-asawa. Kasama sa mga kayamanan ang mga bagay gaya ng mga akawnt sa bangko, mga sertipiko ng deposito, mga savings bonds, IRAs, mga saping-puhunan (stocks) at mga bono (bonds), mga mutual funds, kuwaltang kas, mga ari-arian iba kaysa sa iyong tahanan o kotse.

Oo ☐ Hindi ☐

Kung oo, pakiilista sa ibaba.

PANGALAN NG MAY-ARI	URI/NUMERO NG AKAWNT NG KAYAMANAN	KASALUKUYANG HALAGA

B. Ikaw ba o ang iyong asawa ay nag-aari o bibili ba kayo ng kotse o ibang sasakyan (trak, bangka, bahay na de-motor, motorsiklo, kamper at/o tirahang may-gulong na ipinahahatak sa kotse o sa ano mang behikulo?) Oo ☐ Hindi ☐

Kung oo, pakiilista sa ibaba:

PANGALAN NG MAY-ARI	BAGAY	TAON	KLASE/MODELO	GAMIT PARA SA PAGLULULAN SA MGA PAKIKIPAGTIPAN SA PAGGAMOT	HALAGA	HALAGANG UTANG
				Oo ☐ Hindi ☐		
				Oo ☐ Hindi ☐		
				Oo ☐ Hindi ☐		

C. Ikaw ba at ang iyong asawa ay mayroong buong buhay na segurong polisa na may halaga sa kuwaltang kas na lampas sa $1,500.00? Pakiilista rin ang ano mang seguro sa paglilibing o mga plano sa paglilibing. Oo ☐ Hindi ☐

Kung oo, pakilista sa ibaba:

MAY-ARI NG POLISA	PANGALAN NG KOMPANYANG SEGURO/NUMERO NG POLISA	NAKALAHAD O NAKASULAT NA HALAGA	HALAGA SA KUWALTANG KAS	SINO ANG SINASAKLAWAN?

BASAHING MAIIGI BAGO PIPIRMAHAN

AKING NAUUNAWAAN NA:

- Dapat kong kaagad na ireport sa Department of Social and Health Services (DSHS), sa pagsusulat, o sa pamamagitan ng telepono, ang ano mang mga pagbabago sa aking kalagayan. Ang atrasadong pagrereport ay maaring dahilan ng hindi tamang mga benepisyo.
- Ang aking kalagayan ay maipapasailalim ng pagpapatunay ng DSHS o iba pang estado o mga ahensiyang pederal.
- Dapat akong magbigay ng katibayan kapag hihilingin upang maging karapat-dapat na tumanggap para sa tulong. Maaring tulungan ako ng DSHS na kumuha ng katibayan o makipag-ugnayan sa ibang mga tao o mga ahensiya para dito.
- Sa paghihiling at pagtatanggap ng mga benepisyong pangangalagang paggamot, aking itinatalaga sa estado ng Washington ang lahat ng mga karapatan sa ano mang tulong na paggamot, at sa alinmang pangatlong partido na mga pagbabayad para sa pangangalagang paggamot.

PAGPAPAHAYAG AT (MGA)PIRMA

Aking nabasa at naintindihan ang impormasyon sa aplikasyon na ito. Aking pinapahayag, sa ilalim ng parusa sa pagsisinungaling sa hukuman, na ang impormasyon na aking naibigay sa aplikasyon na ito ay totoo, wasto at kumpleto sa abot ng aking kinalaman.

PIRMA NG APLIKANTE		PETSA
PIRMA NG ASAWA		PETSA
PIRMA NG TAO NA TUMUTULONG SA APLIKANTE	ORGANISASYON	PETSA

PAGLALABAS NG IMPORMASYON

Aking binibigyang-kapangyarihan ang DSHS na maglabas ng impormasyon tungkol sa aking aplikasyon para sa Medicare Savings Programs sa tao na tumutulong sa pagkumpleto ng aplikasyong ito o representatibo mula sa organisasyon ng tao na iyan.

PIRMA NG APLIKANTE	PETSA

KUSANG-LOOB NA IMPORMASYON

Hinihiling namin sa iyo na kusang-loob mong sabihin sa amin ang tungkol sa iyong lahi o lipi. Ang impormasyon na ito ay hindi gagamitin sa pagsasaalang-alang sa iyong pagkamaaring tumanggap para sa mga benepisyo.

- ☐ Caucasian
- ☐ Hispanic
- ☐ Black
- ☐ Native American/Alaskan Native
- ☐ Vietnamese/Laotian/Cambodian
- ☐ Tribu: _____
- ☐ Iba pang Asian o Pacific Islander
- ☐ Iba: _____

HAKBANG #2

MAGKABIT NG KATIBAYAN

Kakailanganin namin ang ilang impormasyon mula sa iyo upang isagawa ang iyong aplikasyon. **Palaging magpadala ng mga kopya ng mga dokumento sa amin, hindi ang iyong mga orihinal.**

- Pagkakakilanlan — Lisensiyang Pagmamaneho, Pasaporte, o Pagkakakilanlang May Litrato
- Medicare — Tarhetang Pagkakakilanlang Medicare (harap at likod)
- Iba pang Segurong Pangkalusugan — Tarhetang Seguro (harap at likod)

Kung hindi ka makakuha ng katibayan, matutulungan ka ng DSHS. Mangyari lang pong magkabit ng isang maikling sulat na pinapaliwanag kung bakit hindi mo maibigay ang katibayan.

HAKBANG #3

Pirmahan at petsahan ang iyong aplikasyon at isauli ito, kasama ang mga kopya ng iyong mga dokumento, sa iyong lokal na CSO. Tawagan ang iyong lokal na CSO kung kailangan mo ng sobreng may selyong bayad na.

Ang pagkiling o pagtatangi laban sa iba ay ipinagbabawal sa lahat ng mga programa at mga gawain na pinamamahalaan ng Department of Social and Health Services. Walang tao ang di-maisasali mula sa mga programa at mga aktibidad na ito batay sa lahi, kulay, pananampalataya, mga paniwalang politika, bansang pinagmulan, relihiyon, kasarian, o pagkakasakit/pagkabaldado.