

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland
PAC
Programa para el Cuidado Primario de Adultos
(Maryland Primary Adult Care Program)
Aplicación para Calificar para PAC

El **Programa para el Cuidado Primario de Adultos (PAC)** cubre el cuidado primario de la salud, ciertos servicios ambulatorios de salud mental, y prescripciones de drogas para ciertos residentes de Maryland de bajos recursos. Los solicitantes deben tener 19 años de edad o más, no deben ser elegibles para Medicare, y deben ser o un ciudadano Americano o un inmigrante legal que llene todos los requisitos para recibir beneficios.

Si usted califica para el programa, se le requerirá que se haga miembro de una Organización de Asistencia Médica (Managed Care Organization – MCO). La inscripción no tiene costo, no requiere deducibles, ni prima mensual, y no tiene límites de beneficios anuales. Existen co-pagos bajos para prescripciones.

Debido a que los límites de ingresos y bienes están sujetos a cambios, por favor vea nuestro sitio de red, www.dhmh.state.md.us/mma/mmahome, o llame al 1-800-226-2142 para la información más reciente. El Servicio de Re-Transmisión de Maryland está disponible en el 1-800-735-2258 para individuos con discapacidades.

Información Importante para Aplicaciones e Instrucciones Generales.

- **Lea** todas las instrucciones para cada parte antes de comenzar a llenarlas;
- **Imprima** claramente. Toda la información debe ser legible;
- Usted debe **responder todas las preguntas**. No deje nada en blanco. Ponga un “0” o “NA” (No Aplicable) en cada espacio que no aplique;
- Usted debe incluir documentación escrita de toda la información requerida como número de Seguro Social, ciudadanía o estatus migratorio legal, e historial de trabajo;
- Usted debe incluir pruebas escritas de todas sus ingresos y bienes;
- Sólo mande copias de su documentación. Documentos originales no serán devueltos.
- Si usted tiene pocas ingresos o bienes, la persona o agencia que provee sus alimentos y vivienda, debe someter una declaración apoyando su situación;
- Aplicaciones no serán aceptadas por correo electrónico o fax. La notificación de la determinación de su elegibilidad será mandada por correo postal;
- Si se determina que usted es elegible para PAC (Maryland Primary Adult Care Program - Programa para el Cuidado Primario de Adultos), usted debe elegir una Organización de Asistencia Médica (Managed Care Organization – MCO) o el estado elegirá un MCO para usted.

Cuando usted termine de completar esta aplicación: Por favor remuévala y mándela con la documentación requerida a:

PAC Eligibility Services
P.O. Box 386
Baltimore, MD 21203-0386

Instrucciones para Completar su Aplicación para PAC

Importante: Imprima la información requerida con bolígrafo de tinta negra o azul o con máquina de escribir.

- A. Imprima su Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido, y el Número de Teléfono de su casa incluyendo el código de área.
- B. Complete la dirección de la casa donde vive. **Usted debe ser un residente del Estado de Maryland.** Si usted no tiene albergue y está viviendo en la calle como mendigo, circule “MENDIGO” en la línea donde se requiere la dirección, y complete el condado y el estado. Si usted vive en la Ciudad de Baltimore, escriba “BALTIMORE CITY” en el lugar del condado. (Los condados de Maryland son los siguientes: Baltimore City, Baltimore County, Cecil County, Harford County, Carrol County, Howard County, Anne Arundel County, Charles County, Prince George’s County, Montgomery County, Frederick County, Washington County, etc...)
- C. Si usted tiene una caja postal para recibir su correo, escríbala en la línea de la dirección. Si usted desea que un representante o alguien más reciba su correo, ponga el nombre y la dirección de esa persona en la casilla de la dirección. Usted puede incluir un número de teléfono para mensajes en la casilla de Teléfono de Mensajes.
- D. Circule Acuerdo Domiciliario o el tipo de lugar donde usted vive.
- E. Si usted está aplicando para PAC y fue reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de sus padres como Adulto Dependiente, conteste “SI” en la línea E.
- F. Circule su estado marital. Someta una copia de su separación o divorcio incluyendo cualquier pensión que reciba para el sostén de sus hijos.
- G. Escriba la información de usted, de su conyugue y de todos sus hijos (bajo la edad de 19) **que viven con usted.** No incluya a su conyugue o a niños que no viven con usted. Niños menores de 19 años deben ser listados para determinar el tamaño de la familia, pero no son elegibles para PAC. Si necesita mas espacio para listar niños adicionales bajo la edad de 19 años, escriba toda la información en otra hoja separada.
- H. Escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre, y el apellido de usted, de su conyugue y niños.
- I. Los Números de Seguro Social se usan solamente para identificar a los solicitantes y para verificar el ingreso total del hogar. **Personas que no están aplicando para los beneficios de PAC no necesitan proveer su número de Seguro Social.**
- J. Escriba la fecha de nacimiento de usted, la de su conyugue y sus niños.
- K. Escriba la relación que cada persona tiene hacia usted, si es su conyugue, hijo/hija, hijastro/hijastra, o hijo/hija adoptivo. No incluya nietos, otros familiares, y demás personas.
- L. Marque su raza. Usted puede marcar más de una raza para cada persona. La información racial es opcional.
- M. Marque si es Hispano/a o Latino/a.
- N. Marque si es de sexo masculino o femenino.
- O. Marque su estatus de Ciudadanía Americana. Si usted marca “SI”, debe proveer prueba de Ciudadanía (como ser, una partida de nacimiento o un Certificado de Naturalización). Si usted marco “NO”, mande prueba de su estado inmigratorio extranjero del Servicio de Inmigración y Naturalizaron (INS) que incluya la fecha cuando el solicitante se hizo residente permanente, y el número identificación de residencia permanente. **No se requiere proveer este tipo de información a personas que no están aplicando para los beneficios de PAC.**
- P. Favor de marcar “SI” o “NO” para dejarnos saber quienes están aplicando para beneficios de PAC.
- Q. La casilla de Lenguaje Primario está incluida para ayudar a proveerle un intérprete si es necesario. La información del lenguaje es opcional.
- R. **Las personas elegibles para aplicar para Medicare, no son elegibles para los beneficios de PAC. Sin embargo, un conyugue que no tiene Medicare puede ser elegible para PAC.**
- S. Revise las secciones para impedimentos visuales y auditivos.

Aplicación Para PAC						
A	Nombre	Inicial	Apellido (Paterno)	Teléfono de Casa ()		
B	Domicilio (incluya el número del apartamento)		Ciudad	Estado	Zip	Condado
C	Nombre de Envío y Dirección, o Caja de Correo (si es diferente o para un representante)					
	Ciudad		Estado	Zip (Correo Postal)	Teléfono de Mensajes	
D	Acuerdo Domiciliario (Circule Uno)	En Casa Mendigo	Hogar de Ancianos / Hospital para Cuidado a Largo Plazo Institución Correccional	Campamento de Trabajadores	Hogar con Asistencia Otro	
E	Adulto Dependiente	¿Lo reclamaron sus padres como dependiente en sus últimos Impuestos Internos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
F	Estado Marital (Circule Uno)	Nunca Casado/a	Casado/a	Separado/a	Divorciado/a	Viudo/a
Por favor lea las instrucciones para las secciones G – P antes de completar esta forma para usted y los que viven con usted.						
G		Solicitante	Conjuge	Niño/Niña	Niño/Niña	
H	Nombre e Inicial					
	Apellido					
I	Número de Seguro Social					
J	Fecha de Nacimiento					
K	Relación al Solicitante	Solicitante	Conjuge			
L	Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o otros de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o otros de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o otros de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o otros de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	
M	Hispano/Latino(a)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
N	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
O	Ciudadano Americano?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
P	Solicitante?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Q	Lenguaje Primario de la Familia: _____			Necesita Interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
R	Si usted y/o su conjuge tienen Medicare, escriba el número de Medicare suyo y/o de su conjuge como aparecen en su tarjeta de Medicare: Solicitante: _____ Conjuge: _____					
S	Es usted o algún otro miembro de su familia visualmente discapacitado?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	Si su respuesta es afirmativa, desea notificaciones con imprenta grande?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	Tiene usted discapacidades auditivas?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
	Si su respuesta es afirmativa, desea un interprete?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Por Favor Dé Vuelta La Página y Complete el Otro Lado						

INFORMACION FINANCIERA DE PAC						
Ingresos	Solicitante	Período	Conjuge	Período	Los Niños	Período
Seguro Social	\$		\$		\$	
Pensión de Viudas	\$		\$		\$	
SSI o SSDI	\$		\$		\$	
Jubilación de Ferrocarriles	\$		\$		\$	
Beneficio de Pulmones Negros	\$		\$		\$	
Servicio Civil Federal	\$		\$		\$	
Pensión / Jubilación	\$		\$		\$	
Beneficios de Veteranos	\$		\$		\$	
Desempleo	\$		\$		\$	
Compensación para Trabajadores	\$		\$		\$	
Beneficio de Seguros	\$		\$		\$	
Interés / Dividendos	\$		\$		\$	
Fondo de Inversión / Anualidades	\$		\$		\$	
Sueldo	\$		\$		\$	
Empleo Por Si Mismo	\$		\$		\$	
Otras Ingresos	\$		\$		\$	
Activos / Bienes	Solicitante		Conjuge		Niños	
Cuenta de Cheques	\$		\$		\$	
Cuenta de Ahorros / CD	\$		\$		\$	
IRA / Keogh	\$		\$		\$	
Acciones / Bonos	\$		\$		\$	
Bienes Raíces	\$		\$		\$	
Fondos de Inversión	\$		\$		\$	
Otro	\$		\$		\$	
¿Tiene usted otros seguros, incluyendo Medicaid , que pague por cuidado de la salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es positiva, escriba el nombre de la compañía o programa y su número de póliza						
¿Está usted siguiendo un juicio o ha ganado un juicio para recobrar costos por cuidado médico?						
Yo he leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades listadas en este paquete de aplicación. Yo juro y afirmo bajo pena de perjurio que toda la información que he dado es verídica, correcta, y completa de acuerdo a mi habilidad, creencia, y conocimiento.						
Firma del Solicitante:			Fecha:			
Firma del Conjuge:			Fecha:			
Firma del Representante (si aplica)			Fecha:			

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SECCION FINANCIERA.

DEBE COMPLETAR TODAS LAS PREGUNTAS. NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO. ESCRIBA UN “0” O “NA” (No Aplicable) EN CADA ESPACIO QUE NO APLIQUE.

INGRESOS

1. Enumere el **monto grueso (antes de las deducciones)** y la frecuencia de todos los ingresos recibidos por usted, su conyugue, y sus niños menores de 19 años, que viven con usted.
2. **Debe someter una copia de un estado de cuentas actualizado de la agencia o compañía que le manda el dinero.**
3. Si recibe más de un beneficio del Seguro Social, debe listar ambos.
4. Si recibe SSI o SSDI, por favor **circule** cual de ellos recibe. Necesitamos considerar estos ingresos diferentemente.
5. **Debe someter los estados de pagos más actualizados de dividendos, fondos de inversión, anualidades, y todos los otros ingresos que ha listado.**
6. Si está trabajando, debe someter copias completas de las últimas cuatro (4) colillas de cheques de pago o una declaración firmada, con membrete de la compañía, de su empleador dando esta misma información o las ganancias esperadas dentro de los próximos seis (6) meses. El sueldo incluye todos los dineros que recibe de su trabajo, propinas, y comisiones. Su aplicación será retrazada si no cumple con estos requisitos.
7. Si **no** está trabajando, pero ha trabajado en los **últimos seis (6) meses**, usted debe **someter una declaración** de su empleador antiguo proveyendo la fecha del último día en que trabajó, o prueba de que ha aplicado para desempleo (unemployment).
8. Si usted **trabaja para si mismo**, usted debe someter una **copia firmada** de su última **declaración de impuestos y del formulario C** mostrando el provecho o la pérdida de su negocio.
9. **Otros Ingresos** incluyen cosas como pensión, manutención de niños, rentas pagadas a usted, dinero recibido en bases regulares, etc. Por favor enumere el tipo de ingresos como también el monto y frecuencia. Debe someter documentación de apoyo como recibos, formas para el cumplimiento de la manutención de niños, o una carta de la persona que le da el dinero.
10. Si no tiene ingresos o tiene pocos ingresos, la persona o agencia que le provee sus alimentos y su vivienda, debe someter una declaración de apoyo.

ACTIVOS / BIENES

1. Declare el valor **desde el 1^{er} día de este mes** para todos los bienes que poseen usted, su conyugue, y sus niños menores de 19 años que viven con usted. Debe someter una declaración actualizada de su banco o de otra institución mostrando el monto y el propietario de los bienes.
2. No declare la casa donde vive. Someta la declaración de impuestos de cualquier otra propiedad que le pertenezca a usted, solo, o con otros.
3. Dinero en efectivo tiene valor y es un Activo. **Cuentas de cheques, Certificados de Depósito, Cuentas Individuales de Retiro (IRAs), Keoghs**, y otras cuentas de ahorros tienen valor y deben ser listados y sometidas con pruebas. Esto incluye cualquier cuenta de depósito directo.
4. Fondos Financieros también cuentan como bienes, a menos que usted someta prueba de que no tiene acceso a ellos.

POR FAVOR RECUERDE DE FIRMAR Y FECHAR SU APLICACIÓN. UNA APLICACIÓN SIN FIRMAR NO ES VALIDAD Y SERA DEVUELTA. UN REPRESENTANTE PUEDE FIRMAR SOLO SI EL APLICANTE ESTA PRESENTE Y ES INCAPAZ DE FIRMAR.

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PAC

Por favor lea y guarde estos derechos y responsabilidades en sus archivos.

Yo comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Esta aplicación constituye un pedido para el Programa para el Cuidado Primario de Adultos solamente.
2. Si se determina que califico para PAC, comprendo que se me requerirá que yo elija una organización de asistencia médica o el estado de Maryland lo elegirá para mí.
3. Mi número de Seguro Social será usado para verificar identidad y elegibilidad. Mi número de seguro social también será usado para co-relacionar información federal, estatal, y de gobiernos locales.
4. El Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland puede conducir un proceso de verificación independiente a las declaraciones hechas por mí en esta aplicación.
5. Debo notificar a este Departamento dentro de 10 días de cualquier cambio en los ingresos o bienes familiares. También debo notificar a este Departamento de cambios de dirección o acuerdos de convivencia.
6. Comprendo que la información sometida en este formulario es confidencial y sólo será usada para la administración de este programa.
7. Tengo el derecho de apelar cualquier decisión concerniente a mi elegibilidad o beneficios.
8. Se me está requerido por ley de asignar al Estado de Maryland todos los pagos de terceras personas y de cooperar con el Estado de Maryland en asegurar dichos pagos.
9. Yo certifico que todos los que están pidiendo beneficios son ciudadanos de EEUU o extranjeros calificados.
10. El Estado de Maryland puede recobrar dineros gastados en cuidado médico de los patrimonios de individuos sobre 55 años de edad que han recibido beneficios de este programa y que no tienen un conyugue vivo o un hijo sobreviviente menor de 21 años o ciego o discapacitado.
11. Acepto la diseminación de mi información personal y financiera al Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland para la determinación de mi elegibilidad por cualquier institución financiera, compañía de seguros, empleadores presentes o pasados, agencias gubernamentales federales, estatales o locales, privadas o públicas.
12. PAC no permite la inspección de su información personal, o la hace disponible a otros, excepto en lo que sea permitido por la ley federal y estatal.

SU APLICACIÓN DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA, O LA DECISION DE SU CASO SERA RETRASADA. SI USTED TIENE PREGUNTAS, LLAME A NUESTRAS OFICINAS AL 1-800-226-2142 ANTES DE MANDAR SU APLICACIÓN.