

Declare su ingreso total del año calendario anterior.

- Si usted es casado/a y convive con su cónyuge, debe declarar el ingreso anual conjunto suyo y de su cónyuge incluso si sólo uno de ustedes solicita los beneficios. Si usted es casado/a pero no convive, solamente declare su ingreso anual.
- Complete en cada línea.
- Declare todos los ingresos incluyendo Seguridad Social (**menos las primas de Medicare**) que le pagan con cheque o depósito directo, pensiones, intereses de ahorros, distribuciones de IRA, sueldos, etc. Multiplique las sumas mensuales por 12 para obtener el ingreso anual.
- Para ayudarnos a procesar su solicitud más rápidamente, envíe copias de documentos que verifiquen sus ingresos si los tiene.

	SU INGRESO ANUAL	INGRESO ANUAL DEL CÓNYUGE
1. Seguridad Social y/o Beneficios de jubilación de Ferrocarriles, (menos las primas de Medicare) que le pagan con cheque o depósito directo	\$ _____	\$ _____
2. Pensiones y anualidades	\$ _____	\$ _____
3. Otros ingresos: incluye distribuciones de IRA, aumento de capital, sueldos, ingresos o pérdidas por negocios, ingreso neto por rentas, etc.	\$ _____	\$ _____
4. Intereses y dividendos	\$ _____	\$ _____
5. INGRESO ANUAL TOTAL (Sumar ítems 1 al 4)	\$ _____	\$ _____

Lea atentamente y firme a continuación:

Certifico que la información en el formulario es correcta. Vivo en el Estado de Nueva York y actualmente no recibo los beneficios completos de Medicaid. Me consta que es posible que soliciten comprobantes de mi edad, ingresos, lugar de residencia, situación de Medicare y otros seguros para medicamentos. Si reúno los requisitos, debo inscribirme en un plan de medicamentos Medicare Parte D. Comprendo que la inhabilidad para presentar la información de identificación necesaria para inscribirme a un plan Parte D o al subsidio Medicare, si fuese elegible, puede ocasionar el cese de la cobertura EPIC. Doy mi consentimiento para el intercambio de toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad entre EPIC y la Administración de Seguridad Social, Medicare, el programa Medicaid del Estado de Nueva York, el Departamentto de Ingresos Públicos del Estado de Nueva York, compañías de seguro privadas y otras entidades si fuera necesario. En el caso de duplicados o que EPIC pague de más, le cedo a EPIC todos los beneficios de medicamentos a los que pueda tener derecho por otro seguro privado o plan gubernamental. Autorizo a mis médicos a revelar al programa EPIC información médica con respecto a mis medicamentos recetados y/o mis diagnósticos para ser utilizada para pagos, auditorías o temas relacionados con las actividades de la atención de la salud.

Usted y su cónyuge (si es casado/a y conviven), debe(n) firmar a continuación:

Su firma (representante legal)	Fecha
Firma del cónyuge (representante legal)	Fecha

Autorización (OPTATIVO): EPIC tiene mi autorización para revelar información a las siguientes personas/ familiares involucradas en la atención de mi salud cuando sea necesario para procesar mis beneficios EPIC.

ESCRIBIR LOS NOMBRES EN LETRA DE IMPRENTA

Enviar por correo con comprobante de su edad, copia de su tarjeta de Medicare (si la tiene) y si es posible documentación de sus ingresos a:

EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018

La información en esta solicitud es estrictamente confidencial y sólo se usa para determinar si usted reúne los requisitos para EPIC.

NON DOH-3409

3/09

LISTADO DE SUMAS DEDUCIBLES

SOLTERO/A	Suma deducible	CASADO/A	Suma deducible (por persona)
Ingreso anual	Ver plan de tarifas	Ingreso anual conjunto	Ver plan de tarifas
Menos de \$20,000	\$530	Menos de \$26,000	\$650
\$20,001 – \$21,000	\$550	\$26,001 – \$27,000	\$675
\$21,001 – \$22,000	\$580	\$27,001 – \$28,000	\$700
\$22,001 – \$23,000	\$720	\$28,001 – \$29,000	\$725
\$23,001 – \$24,000	\$750	\$29,001 – \$30,000	\$900
\$24,001 – \$25,000	\$780	\$30,001 – \$31,000	\$930
\$25,001 – \$26,000	\$810	\$31,001 – \$32,000	\$960
\$26,001 – \$27,000	\$840	\$32,001 – \$33,000	\$1,160
\$27,001 – \$28,000	\$870	\$33,001 – \$34,000	\$1,190
\$28,001 – \$29,000	\$900	\$34,001 – \$35,000	\$1,230
\$29,001 – \$30,000	\$930	Más de \$35,000	No corresponde
\$30,001 – \$31,000	\$960	Ingreso anual conjunto	Ver plan de tarifas
\$31,001 – \$32,000	\$1,160	Menos de \$26,000	\$650
\$32,001 – \$33,000	\$1,190	\$26,001 – \$27,000	\$675
\$33,001 – \$34,000	\$1,230	\$27,001 – \$28,000	\$700
\$34,001 – \$35,000	No corresponde	\$28,001 – \$29,000	\$725
Más de \$35,000	No corresponde	\$29,001 – \$30,000	\$900
		\$30,001 – \$31,000	\$930
		\$31,001 – \$32,000	\$960
		\$32,001 – \$33,000	\$990
		\$33,001 – \$34,000	\$1,020
		\$34,001 – \$35,000	\$1,050
		\$35,001 – \$36,000	\$1,080
		\$36,001 – \$37,000	\$1,110
		\$37,001 – \$38,000	\$1,140
		\$38,001 – \$39,000	\$1,170
		\$39,001 – \$40,000	\$1,200
		\$40,001 – \$41,000	\$1,230
		\$41,001 – \$42,000	\$1,260
		\$42,001 – \$43,000	\$1,290
		\$43,001 – \$44,000	\$1,320
		\$44,001 – \$45,000	\$1,575
		\$45,001 – \$46,000	\$1,610
		\$46,001 – \$47,000	\$1,645
		\$47,001 – \$48,000	\$1,680
		\$48,001 – \$49,000	\$1,715
		\$49,001 – \$50,000	No corresponde
		Más de \$50,000	No corresponde