



¿Qué es EPIC?

El programa de Seguro de Cobertura de Medicamentos para Personas Mayores (EPIC, por sus siglas en inglés) es un programa del estado de Nueva York que les brinda a las personas mayores asistencia de copago para medicamentos de venta con receta de Parte D de Medicare cuando los miembros están en la laguna de cobertura (período sin cobertura). EPIC también cubre los medicamentos excluidos por Parte D de Medicare que se adquieren durante la laguna de cobertura. Los copagos de EPIC son de \$3 a \$20 según el costo del medicamento.

El programa es gratuito: no hay tarifas ni deducibles. EPIC paga primas de Parte D de Medicare, hasta el monto de un plan básico, para los miembros con ingresos anuales de hasta \$23,000 si son solteros y \$29,000 si son casados. Quienes tengan ingresos superiores deben pagar las primas del plan de Parte D.

¿Quiénes pueden inscribirse?

- un/a residente del estado de Nueva York de 65 años o más con ingresos anuales de \$35,000 si es soltero/a o \$50,000 si es casado/a, y
- una persona mayor que reúna los requisitos con un gasto reducido (spend down) de Medicaid que no reciba beneficios completos de Medicaid

Inscripción de Parte D de Medicare

Los solicitantes pueden solicitar el programa EPIC antes de estar inscritos en el plan de Parte D de Medicare, pero todos los miembros de EPIC deben tener Parte D para recibir los beneficios de EPIC. Como EPIC es un programa estatal calificado como asistencia farmacológica (SPAP, por sus siglas en inglés), los miembros pueden inscribirse en el plan Parte D durante el año luego de inscribirse en EPIC, o tienen la oportunidad para cambiar de plan Parte D de Medicare una vez en el año.

Cómo inscribirse

- Llene la solicitud adjunta y fírmela.
- Si está casado/a, usted y su cónyuge pueden usar el mismo formulario.
- Si es casado/a y convive con su cónyuge, ambos deben firmar el formulario.
- Ponga su ingreso total del año calendario anterior.
- Si es casado/a y convive con su cónyuge, declare el ingreso total suyo y de su cónyuge aunque solo se inscriba uno de ustedes.

Para obtener más información, llame a la línea de ayuda gratuita de EPIC: **1-800-332-3742**
(TTY **1-800-290-9138**) Descargue una solicitud en inglés o español de: <http://health.ny.gov> Haga clic en
EPIC for Seniors (EPIC para personas mayores)

O escriba a:

EPIC

P.O. Box 15018

Albany, New York 12212-5018



Solicitud



Por favor escriba con claridad en letra de imprenta.

¿Quién solicita? **Solo** usted Usted **y su cónyuge**

Su apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Nombre de la persona encargada (si es distinto del anterior)

Sexo

Femenino Masculino

Dirección donde vive (que no sea un apartado postal)

Fecha de nacimiento

Mes Día Año

____ / ____ / ____

Ciudad Estado Código postal

Su número de teléfono

Código de área Número
()

Dirección donde recibe correo (si es distinta de la anterior)

Estado civil

Viudo/a, soltero/a o divorciado/a

Casado/a

Casado/a, no convive

Ciudad Estado Código postal

Nombre del cónyuge (si vive)

Número de Seguro Social del cónyuge

Su apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Fecha de nacimiento del cónyuge

Mes Día Año

____ / ____ / ____

Ingrese su Número de Reclamación de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)

Ingrese el Número de Reclamación de Medicare de su cónyuge
(tarjeta roja, blanca y azul)

(Complete al dorso)

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 aunque solo uno de ustedes solicite los beneficios. Si usted es casado/a pero no convive, declare solo su ingreso anual.
- Multiplique las sumas mensuales por 12 para obtener el ingreso anual.

	Su ingreso anual	Ingreso anual del cónyuge
1. Seguro Social o Beneficios de jubilación para empleados de ferrocarril, (menos las primas de Medicare) que le paguen con cheque o depósito directo	\$ _____	\$ _____
2. Otros ingresos: incluya pensiones, rentas vitalicias, intereses, distribuciones de cuentas individuales de jubilación, beneficios de capital, sueldos, ingresos o pérdidas comerciales, ingreso neto por rentas, etc.	\$ _____	\$ _____
3. INGRESO ANUAL TOTAL (Sumar líneas 1 y 2)	\$ _____	\$ _____

Certifico que la información en este formulario es correcta. Resido en el estado de Nueva York y actualmente no recibo beneficios completos de Medicaid. Me consta que debo entregar pruebas de mi edad, ingresos, residencia, situación de Medicare y plan de medicamentos Parte D de Medicare, si lo tuviera. También me consta que debo inscribirme en un plan de medicamentos de Parte D de Medicare para inscribirme en EPIC. Comprendo que si no presento los datos de identificación necesarios para inscribirme en un plan de la Parte D o al subsidio de Medicare, si reuniera los requisitos para tal fin, podría dejar de recibir la cobertura de EPIC. Para que se verifique que reúno las condiciones para inscribirme, autorizo el intercambio de toda información necesaria entre EPIC, la Administración de Seguro Social, Medicare, el Programa de Medicaid del Estado de Nueva York, el Departamento de Impuestos del Estado de Nueva York, los planes de medicamentos de Parte D de Medicare y demás entidades necesarias. En el caso de duplicado o sobrepago por parte de EPIC, le cedo a EPIC todo beneficio de medicamentos al que yo pueda tener derecho de acuerdo con cualquier plan de Parte D o del gobierno. Autorizo a mis médicos a revelar al programa EPIC información médica con respecto a mis medicamentos recetados y/o mis diagnósticos, para usarla 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 (OPCIONAL): Acepto que EPIC puede revelar mi información a las siguientes personas/familiares dedicados al cuidado de mi salud según sea necesario para procesar mis beneficios de EPIC.

Escriba los nombres en letra de imprenta

Envíe este formulario lleno a: EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018

o envíelo por fax al: (518) 452-3576



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