

# Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Nombre: \_\_\_\_\_

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el Período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- Me inscribí en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Hace poco salí de prisión. Me liberaron el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Hace poco obtuve la ciudadanía de los Estados Unidos. Obtuve la ciudadanía el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Hace poco tuve un cambio en Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Hace poco tuve un cambio en la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o tengo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- Me estoy yendo, voy a vivir o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Fui o iré a vivir al centro, o me fui o me iré de él el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Dejé de participar en un programa PACE el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Hace poco y en forma involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

elderplan | homefirst®

**Servicios para los Miembros:** 1-800-353-3765 (TTY/TDD 711)  
de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana  
6323 Seventh Avenue, Brooklyn NY, 11220  
[www.elderplan.org](http://www.elderplan.org)

## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción *continuación*

Nombre: \_\_\_\_\_

- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero cambiar a un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no califico para participar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el *(coloque la fecha)* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción solicitud debido al desastre.
- Me inscribo durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

Si ninguna de estos enunciados se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con Elderplan al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para verificar si son elegibles para inscribirse. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, para brindarle más información.

 elderplan | homefirst®

**Servicios para los Miembros:** 1-800-353-3765 (TTY/TDD 711)  
de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana  
6323 Seventh Avenue, Brooklyn NY, 11220  
[www.elderplan.org](http://www.elderplan.org)