

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA NET PARA PERSONAS CON INGRESOS LIMITADOS (LI NET, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

¿Qué es el Programa NET para Personas con Ingresos Limitados (LI NET, por sus siglas en inglés)?

LI NET es un programa de Medicare que da cobertura temporal para medicamentos recetados a las personas con Medicare que califiquen para recibir el subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) o la “Ayuda Adicional” y no tengan cobertura para medicamentos recetados.

Complete este formulario para inscribirse en este programa

- Complete la sección 1 e incluya uno de los documentos de la lista de documentación complementaria aceptable.
- Envíe la información por correo a
LI NET
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4310
por fax al 1-877-210-5592

¿Cuándo debo usar este formulario?

Use este formulario si no se ha inscrito de ninguna de estas maneras:

- Inscripción automática por medio de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)
- Inscripción en el punto de venta en una farmacia
- Solicitud de reembolso directo de los medicamentos recetados que haya pagado de su bolsillo

Tenga en cuenta: Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recogida de información, a menos que la misma tenga un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recogida de información es 0938-1378. El tiempo promedio calculado que se necesita para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información. Si desea hacer algún comentario con respecto a la precisión de los cálculos de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (Oficina de autorización de reportes según la PRA). Cualquier artículo que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o la carga de la recogida (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente* y número de teléfono**

¿Qué sucede después?

Después de que procesemos su inscripción, recibirá una carta de bienvenida con información e instrucciones.

Para obtener ayuda con este formulario

Llame a la mesa de ayuda de LI NET al 1-800-783-1307. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Visite humana.com/linet.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Humana al 1-800-783-1307 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Si es una persona sin hogar

Si quiere inscribirse en LI NET, pero no tiene residencia permanente, puede dar como dirección de residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un albergue o de una clínica, o la dirección donde reciba correo (como los cheques del Seguro Social).

Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

PRIMER nombre:		APELLIDO:		Segundo nombre (opcional):	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de teléfono: ()	
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal):					
Ciudad:		Condado (opcional):		Estado:	Código postal:
Dirección de correo, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado postal):					
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Su información de Medicare:					
Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _					
La información la presentó: <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cuidador/defensor del paciente <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre (si no es la persona con Medicare):					
Número de teléfono: ()					

Usted tiene la opción de proporcionar uno de estos documentos con su solicitud para apoyar la verificación de elegibilidad. Esa documentación puede incluir:

- (A) Una copia de su tarjeta de Medicaid
- (B) Copia de una carta del estado o de la Administración del Seguro Social en la que se muestre su condición en cuanto al subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) o en cuanto a la “Ayuda Adicional”.
- (C) La fecha en que llamó a su agencia estatal de Medicaid para verificar su cobertura de Medicaid, el nombre y número de teléfono del empleado estatal que verificó el periodo de Medicaid y las fechas de elegibilidad para Medicaid que se confirmaron en la llamada.
- (D) Una copia de un documento de su estado que confirme que su condición de Medicaid es “activo”.
- (E) Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid de su estado que muestre su condición en cuanto a Medicaid.
- (F) Prueba de una farmacia que muestre le ha facturado a Medicaid y que Medicaid le ha pagado.
- (G) Documentación de inscripción en otros beneficios, como el ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)

Sección 2 (opcional)

Usted decide si quiere responder estas preguntas. No se le puede negar la cobertura si no las completa.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Elija todo lo que corresponda.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español. | <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicano-estadounidense o chicano. |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy puertorriqueño. | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano. |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español. | |
| <input type="checkbox"/> No quiero responder. | |

¿Cuál es su raza? Elija todo lo que corresponda.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense |
| Asiático: | Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guamaniano o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> No quiero responder. |
| <input type="checkbox"/> Otro origen asiático | |

Seleccione un idioma abajo si quiere que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

- Español

Seleccione una si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Llame a LI NET al 1-800-783-1307 si necesita información en un formato accesible distinto de los que se mencionan arriba. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del este. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Declaración de la Ley de privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recogen información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción en los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), mejorar el cuidado y pagar los beneficios de Medicare. La sección 1860D-1 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las secciones 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan que se recoja esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare, como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés), "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", n.º 09-70-0588 del sistema. Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder puede afectar a la inscripción en el plan

Aviso de no discriminación

El programa Limited Income NET (LI NET, por sus siglas en inglés) cumple con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. LI NET:

- Provee a las personas con discapacidades modificaciones razonables, junto con ayudas y servicios auxiliares gratuitos adecuados para comunicarse eficazmente con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Provee servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir lo siguiente:
 - Intérpretes acreditados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al <**800-783-1307 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este>. Si cree que LI NET no ha provisto estos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al coordinador de No Discriminación de LI NET en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-783-1307 (TTY: 711)**, o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de No Discriminación de LI NET puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados de California:

Residentes de California: también pueden llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California al **800-927-HELP (4357)** para presentar una queja formal.

Si necesita ayuda con una queja formal que no ha sido resuelta por Humana o queda sin resolver por más de 30 días, puede llamar al Departamento de atención de la salud administrada de California al: **888-466-2219** o TDD **877-688-9891**, o también puede visitar el sitio web: **www.dmhc.ca.gov**.

Este aviso está disponible en **[es-www.humana.com/member/medicare-linet-pharmacy-resources](https://www.humana.com/member/medicare-linet-pharmacy-resources)**.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **800-783-1307 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **800-783-1307 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն Armenian: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՞ք՝ **800-783-1307 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **800-783-1307 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **800-783-1307 (听障专线: 711)**。

繁體中文 Traditional Chinese: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **800-783-1307 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **800-783-1307 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **800-783-1307 (TTY: 711)**.

فارسی Farsi: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **800-783-1307 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French : Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **800-783-1307 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **800-783-1307 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **800-783-1307 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **800-783-1307 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **800-783-1307 (TTY: 711)**.

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **800-783-1307 (TTY: 711)**.

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **800-783-1307 (TTY: 711)**.

This notice is available at <http://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GCHMKFREN

日本語 Japanese: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。800-783-1307 (TTY: 711) までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដ៏សំខាន់ៗ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 800-783-1307 (TTY: 711)។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. 800-783-1307 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오.

Diné: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahji' bee adahodoonígíí diné bich'i' anídahazt'i'í, dóó ahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohji' hodílnih 800-783-1307 (TTY: 711).

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer 800-783-1307 (TTY: 711).

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue 800-783-1307 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 800-783-1307 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру 800-783-1307 (TTY: 711).

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al 800-783-1307 (TTY: 711).

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa 800-783-1307 (TTY: 711).

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. 800-783-1307 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. 800-783-1307 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి.

اردو Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ 800-783-1307 (TTY: 711) کال

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi 800-783-1307 (TTY: 711).