

# 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:
<b>Su información de Medicare:</b>					
<b>Número de Medicare:</b> _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _					
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"/> <b>No quiero responder.</b>                       |   |

¿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"/> <b>No quiero responder.</b>        |
| <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