



Formulario de Preinscripción

Inscripcion Abierta para Medicare Del 15 de Octubre al 7 de Diciembre

Una vez completado, envíe este formulario a:
Area Agency on Aging of the Capital Area
6800 Burleson Road, Bldg. 310, Suite 165, Austin TX 78744
Fax: #(512) 916-6042

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Condado: _____ ¿Residente de todo el año? Si No

Correo electrónico: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____ ¿Lenguaje principal? _____

Estoy interesado/a en revisar mi plan de medicamentos de la Parte D: Si No Tiene un plan Ventaja: Si No

Tiene seguro complementario/suplemento: Si No ¿Estás contento con tu suplemento? Si No

¿Tiene actualmente otra cobertura de seguro? Si No Si es así, ¿cuál? _____

Necesito ayuda con: Inscripción Abierta Inscripción inicial Inscripción especial Otro _____

Información de la tarjeta de Medicare

Información de la cuenta de MyMedicare.gov

Nombre: _____ Prefiero **NO** compartir esta información

Numero de Medicare: _____ Nombre de usuario: _____

Part A Fecha de Cobertura: _____ Contraseña: _____

Part B Fecha de Cobertura: _____ Pregunta de seguridad: _____

¿Necesito una nueva tarjeta de Medicare? Si No Respuesta: _____

Información sobre su ingreso y subsidios

Información sobre su Farmacia

¿Sus ingresos mensuales caen por debajo de \$1,561 para los solteros o \$2,114 para los casados? Si No

¿Cuál es su farmacia preferida? _____

¿Sus recursos/activos caen por debajo de \$12,890 para los solteros o \$25,720 para los casados? Si No

¿Farmacia alternativa? _____

¿Está recibiendo actualmente?

Extra Help/Beneficio Adicional

Medicaid

QMB (Medicare Savings Plan)/Programa de ahorros de Medicare

¿Utiliza la venta por correo? Si No

¿Hay algún medicamento que no esté cubierto por su plan actual? Si No

Si es así, ¿cuáles? _____



Agencia del Área para Adultos Mayores de la Zona de La Capital
Derechos y Responsabilidades del Cliente de Programas
Ley para Americanos de Edad Avanzada

La Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) de la Zona de la Capital, le da la bienvenida a usted como participante de los programas para personas mayores y cuidadores de la familia de nuestra región. Este programa se hace por mandato de la Ley para Americanos de Edad Avanzada de 1965, con sus enmiendas, y ofrece acceso, asistencia y otros servicios de apoyo. La Agencia del Área para Adultos Mayores administra estos programas y servicios con fondos del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas de Texas, de contribuciones de clientes y fondos locales.

Los programas y los servicios se han diseñado para las personas de 60 años en adelante, para los miembros de sus familias y otros cuidadores. Nuestra meta es ayudar a los adultos mayores a llevar vidas independientes, con significado y con dignidad en sus propias casas y comunidades por cuánto tiempo sea posible, por medio de la prestación de servicios de apoyo limitados. Su información no se divulgará a nadie ni a ningún departamento sin su consentimiento informado, con la excepción de los expedientes que la corte ordene.

Derechos y responsabilidades del cliente:

1. Tiene el derecho de ser tratado con respeto y consideración. Tiene el derecho de que se trate su propiedad con respecto.
2. Tiene el derecho de que no le nieguen los servicios debido a su raza, religión, color, origen nacional, sexo, discapacidad, estado civil o debido a que no puede o no está dispuesto a contribuir.
3. Tiene el derecho de presentar una queja o agravio o recomendar cambios a las normas o servicios, sin sufrir restricciones, interferencias, coacción, discriminación o represalias. Para presentar una queja o un agravio, comuníquese con la Agencia del Área para Adultos Mayores. La información de contacto se da a continuación:

Patty Bordie

Director of Aging Services

Area Agency on Aging of the Capital Area

6800 Burleson Dr., Bldg. 310, Ste. 165

Austin, Texas 78744

4. Tiene el derecho de participar en la formulación de un plan de atención para atender las necesidades que no han sido satisfechas.
5. Tiene el derecho de que le informen por escrito sobre los servicios disponibles y los cargos pertinentes si los servicios no están cubiertos o no están disponibles por medio de Medicare, Medicaid, seguro médico o fondos de la Ley para Americanos de Edad Avanzada.
6. Tiene derecho a escoger independientemente al proveedor de servicios de la lista provista por la Agencia del Área para Adultos Mayores donde hay disponibles varios proveedores de servicios, y a cambiar de proveedor de servicios cuando lo desee.
7. Tiene el derecho de que le informen de cualquier cambio en los servicios.
8. Tiene el derecho de hacer una contribución voluntaria y confidencial por los servicios que haya recibido por medio de la Agencia del Área para Adultos Mayores. Los servicios no se negarán si un participante que llena los requisitos no puede o no quiere hacer una contribución. Todas las contribuciones se mantendrán de manera confidencial y se usarán para extender o mejorar los servicios para los cuales se donaron.
9. Tiene la responsabilidad de informar a la Agencia del Área para Adultos Mayores o a su proveedor de servicios de su intención de retirarse del programa o de cualquier periodo de ausencia durante el cual no se utilizarán los servicios.
10. Tiene la responsabilidad de proporcionar a la Agencia del Área para Adultos Mayores o a sus proveedores de servicios información completa y exacta.

Libero de toda responsabilidad a este programa de la Agencia del Área para Adultos Mayores, su organización matriz, los donadores, y a los departamentos estatales patrocinadores de cualquier responsabilidad que surja de los servicios proporcionados de acuerdo con las pautas del programa.

X Firma del cliente

X Fecha



**Agencia del Área para Adultos Mayores de la Zona Capital
Formulario: Divulgación de Información del Consumidor**

Nombre del Cliente:	Fecha:
<p>Al firmar esta autorización, usted da a la Agencia del Área para Adultos Mayores de la Zona Capital (AAACAP) permiso para divulgar toda o parte de su información provista, que incluye información médica. Si no firma esta autorización, la AAA limitará los servicios que le ofrece. Esta autorización de divulgación da acceso a una gama de servicios disponibles por medio de la AAA o de sus proveedores.</p>	

EL CONSUMIDOR O SU REPRESENTANTE PERSONAL DEBE LLENAR LAS PARTES A, B Y C

Yo autorizo a la Agencia del Área para Adultos Mayores para que divulgue mi información a las siguientes personas o departamentos con el propósito indicado en la Parte A. La información estará disponible para la persona o el departamento indicado hasta el evento o la fecha de vencimiento anotada en la Parte B.

PARTE A - Divulgación de Información
Entiendo que la información puede contener información médica protegida. Divulguen mi información a la siguiente persona o departamento:
<input type="checkbox"/> Cualquier persona o departamento, si se tiene que hacer para satisfacer mis necesidades de servicios. <input type="checkbox"/> Sólo a las personas o entidades identificadas:
Marque <u>una</u> de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> Divulguen toda mi información. <input type="checkbox"/> Divulguen sólo la siguiente información:

PARTE B – Propósito de la Divulgación
<input type="checkbox"/> General: asistir en evaluación, hacer arreglos, y a satisfacer las necesidades personales de servicios. <input type="checkbox"/> Específico :
Expiración: Esta autorización expira en el punto de la reevaluación, donde esto se aplica, o tres años después de la fecha de vigencia.

PARTE C – Firmas	
(Consumidor o Representante Personal)	(Fecha)
<input type="checkbox"/> Marque este cuadro si firmó en nombre del consumidor y describa en el siguiente renglón qué autoridad tiene para actuar por el consumidor :	
NOTA: Si la persona que pide la divulgación de información no puede firmar su nombre, dos testigos de su marca (X) tienen que firmar a continuación. Acepte la firma de un solo testigo cuando no sea posible obtener la firma de dos testigos. Documente la razón en el archivo de consumidor.	
Testigo:	Fecha:
Testigo:	Fecha:

Aviso al Consumidor:

- ♦ Una vez que se conceda la autorización para divulgar su información, la AAA no se hace responsable de ninguna divulgación de la información de parte del destinatario.
- ♦ Usted puede retirar el permiso que le haya dado a la AAA para usar o divulgar información de salud que lo identifique a usted, a menos que la AAA ya haya tomado alguna acción de acuerdo con su permiso. Si quiere retirar el permiso, tiene que hacerlo por escrito.