

Solicitud de afiliación de MoRx

Para recibir beneficios, usted debe vivir en Missouri y estar en algún Plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D. No envíe este formulario si está en HealthNet de MO (antes Medicaid de Missouri) o si algún plan patrocinado por su patrón paga por sus medicamentos de receta.

1. Información personal

Apellido:		Nombre:		Inicial:	
Fecha de nac.: / /		Sexo: Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>		Teléfono: ()	
Nº de SS: - - <small>(Número de Seguro Social)</small>		Número de reclamación de MEDICARE: <small>(El número de su tarjeta roja, blanca y azul de seguro médico de Medicare)</small>			
Nombre de su plan de medicamentos de receta de Medicare Parte D:					
Domicilio:				Apt. o lote:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Condado:					
Dirección postal (sólo si quiere que le enviemos el correo a otra dirección):					
Apellido:		Nombre:		Inicial:	
Dirección:				Apt. o lote:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

2. Raza o etnicidad (marque todo lo aplicable)

Blanca Afroamericana Hispana Asiática Nat. de Hawai o Islas del Pacífico Indio amer. o nativo de Alaska

3. Marque la ÚNICA casilla que describa mejor sus INGRESOS. La Información es obligatoria para cumplir con los requisitos de afiliación de MoRx.

Soltero, viudo, divorciado o vivo separado de mi cónyuge y:

- Mis ingresos brutos anuales son menores de \$16,245*
- Mis ingresos brutos anuales están entre \$16,245 y \$21,660

Casado y:

- Nuestros ingresos brutos anuales son menores de \$21,855*
- Nuestros ingresos brutos anuales están entre \$21,855 y \$29,140

4. Marque la ÚNICA casilla que describa mejor sus ACTIVOS EN EFECTIVO. Los activos en efectivo incluyen el valor total de sus ahorros, inversiones y bienes raíces. No incluya su residencia principal, vehículos, lotes en cementerios o posesiones personales. Esta información es obligatoria, pero no afectará si cumple los requisitos de MoRx.

Soltero, viudo, divorciado o vivo separado de mi cónyuge y:

- Mis activos son \$12,510 o menos*
- Mis activos son mayores de \$12,510

Casado y:

- Nuestros activos son \$25,010 o menos*
- Nuestros activos son mayores de \$25,010

- Posiblemente usted reúna los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de Medicare Parte D. Llame a SSA al 1-800-772-1213 para pedir una solicitud.

5. Firme y escriba la fecha

Usted debe firmar este formulario. Si no puede firmarlo usted, puede firmarlo un representante suyo.

Certifico y atestigo que soy residente del estado de Missouri y que mis respuestas a las preguntas de este formulario, los puntos del formulario y los documentos presentados son verdaderos y exactos. Entiendo que el Plan MoRx puede verificar contra otros expedientes del gobierno o pedir otras pruebas en cualquier otro momento.

Firme: _____ Fecha: _____

Marque la casilla apropiada: Solicitante Representante

6. Debe de incluir una COPIA de su tarjeta de Seguro Social y su tarjeta de Medicare con su solicitud. Mandelas por correo a: MoRx Plan, PO Box 208, Troy, MO 63379.