

SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN DE NUEVO TITULAR DE TARJETA

PACE/PACENET es el plan farmacéutico de Pennsylvania para residentes envejecientes. Este programa, patrocinado por las ganancias de la Lotería, ayuda a los envejecientes de Pennsylvania que reúnan los requisitos con sus gastos de medicamentos recetados.

⊗ ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD PUEDE SER UTILIZADO POR LAS PERSONAS QUE SOLICITEN NUEVOS BENEFICIOS DE PACE/PACENET. SI ESTÁ CASADO, USTED Y SU CÓNYUGE PUEDEN UTILIZAR UN SOLO FORMULARIO PARA SOLICITAR LOS BENEFICIOS.

Si en la actualidad ya recibe beneficios de PACE/PACENET, no utilice este formulario para reanudar sus beneficios. Le enviarán directamente una solicitud para renovación.

Lo siguiente son los requisitos para participar en PACE/PACENET:

REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN PACE

- * Debe tener 65 años de edad o más.
- * Ha vivido en Pennsylvania por lo menos 90 días antes de la fecha de su solicitud.
- * No reúne los requisitos para obtener beneficios farmacéuticos por medio de Asistencia Médica.
- * Su **ingreso total anual del año pasado** si es una sola persona, fue de **\$14,500** o menos.
- * Su **ingreso total anual del año pasado** si es pareja casada, fue **\$17,700** o menos.
- * **Usted puede solicitar PACE/PACENET aunque tenga seguro de salud o tenga beneficios farmacéuticos limitados por medio de otro seguro.**

REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN PACENET

- * Debe tener 65 años de edad o más.
- * Ha vivido en Pennsylvania por lo menos 90 días antes de la fecha de su solicitud.
- * No reúne los requisitos para obtener beneficios farmacéuticos por medio de Asistencia Médica.
- * Su **ingreso total anual del año pasado** si es una sola persona, fue entre **\$14,500** y **\$23,500**.
- * Su **ingreso total anual del año pasado** si es pareja casada fue entre **\$17,700** y **\$31,500**.
- * **PACENET** tiene un deducible mensual de \$40, el cual se acumulará si no se paga cada mes. Una vez cumplido dicho deducible mensual, **PACENET** tiene un copago de \$8 por medicamentos genéricos y un copago de \$15 por medicamentos de marca. Nosotros le llevamos la cuenta los gastos fuera de bolsillo y deducibles.
- * **Los medicamentos recetados comprados antes de que se haya inscrito en PACENET no cuentan hacia su deducible.**

Se prefieren fotocopias por un solo lado en papel blanco de 8 ½ x 11 pulgadas.

Puede copiar varios documentos en una sola hoja

¿QUÉ SE CONSIDERA INGRESO?

El ingreso incluye, entre otros:

Seguro Social y SSI brutos
Jubilación de ferrocarriles (RRB-1099 y RRB-1099R)
Pensiones
Salarios/sueldos/comisiones
Ingreso de empleo por cuenta propia o negocio propio
Dinero de manutención y pensión alimenticia
Cantidades sujetas a impuesto de anualidades e IRAs
Desempleo
Pagos por discapacidad de veteranos
Asistencia pública en efectivo

Interés/dividendos/ganancias en capital
Ingreso neto por alquileres
Regalías
Compensación al trabajador
Beneficios de seguro de vida
Regalos y herencia de efectivo o propiedad en exceso de \$300
Cualquier cantidad de dinero o el valor justo en el mercado de cualquier premio, como un coche o un automóvil ganado en una lotería, concurso o apuesta
Nota: los bienes **no** se incluyen como ingreso

¿CUÁLES DOCUMENTOS DEBO ENVIAR CON MI SOLICITUD? (ENVÍE SOLAMENTE COPIAS)

COMPROBANTE DE EDAD: LA FECHA DE NACIMIENTO DEBE APARECER EN EL DOCUMENTO. (ENVÍE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS)

- Acta de nacimiento nacional o extranjera
- Partida de bautismo
- Licencia de conducir válida
- Pasaporte
- Documentos de baja del ejército
- Póliza de seguro
- Fotocopia de una antigua tarjeta PACE/PACENET

COMPROBANTE DE RESIDENCIA: EL DOCUMENTO DEBE TENER UNA ANTIGÜEDAD MÍNIMA DE 90 DÍAS (ENVÍE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS)

- Licencia de conducir válida
- Recibo de luz o teléfono
- Recibo de renta en papel membretado
- Correspondencia del Seguro Social
- Declaración de impuestos local, estatal o federal, con la etiqueta de particulares preimpresa
- Pacientes de hogar para ancianos: una carta en papel membretado de la institución, firmada por el administrador en la que se indique la fecha de ingreso

COMPROBANTE DE INGRESOS: INGRESO DEL AÑO PASADO

- Declaración de impuestos y planillas
- Documento del Seguro Social
- Carta de beneficios que indique pagos de SSI
- Formularios RRB-1099 y RRB-1099R (ferrocarriles)
- Formularios 1099 de de pensión/anualidad/IRA
- Formulario W-2 (salarios)
- Estado de cuenta bancario (estado de cuenta de fin de año)
- Orden de juzgado

Si tiene preguntas o necesita asistencia, llámenos gratuitamente al 1-800-225-7223 (en PA)

Se prefieren fotocopias por un solo lado en papel blanco de 8 ½ x 11 pulgadas.

Puede copiar varios documentos en una sola hoja

SITUACIONES ESPECIALES

Los solicitantes podrían encontrarse en circunstancias especiales que corresponden específicamente a la divulgación de sus ingresos.

Si está casado, pero se separó de su cónyuge durante el año previo o uno de ustedes vivió en una casa de salud, reporte únicamente su ingreso propio.

Si es viudo, el solicitante debe reportar únicamente su ingreso del año previo.

Si el esposo y la esposa están solicitando en el mismo formulario, pueden someter una sola copia de comprobantes de ingresos.

Si presentó una declaración de impuestos el año previo, envíe una copia firmada para verificar sus fuentes de ingresos. Se deben verificar todas las fuentes de ingresos.

Si recibió Seguro Social normal y de Ferrocarriles (Railroad), envíe sus formularios SSA 1099 y RRB-1099 y RRB-1099R.

Si no recibió ingreso normal del Seguro Social durante el año previo, marque la casilla de la Sección D de la solicitud.

Si vendió su casa, deberá declarar todas las ganancias como ingreso en un plazo de dos (2) años de la fecha de la venta.

Si vendió su casa para pagar los gastos de una casa de salud o utilizó las ganancias para comprar otra residencia, no se considera ingreso si envía un comprobante.

Si tuvo ingresos de las siguientes fuentes, no tiene que reportarlo en su solicitud: Antracosis o neumonía blanca, pagos de reembolso de renta/impuesto sobre la propiedad, daños y perjuicios recibidos por una demanda civil o liquidación por acuerdo, compensación al trabajador (Sección 306c), asistencia no en efectivo, cupones de alimentos, pagos de LIHEAP, pagos de asistencia en el hogar, regalos por un total de menos de \$300 y los primeros \$10,000 en pagos de beneficios por fallecimiento.

Ciertos pagos de AmeriCorps*VISTA podrían estar excluidos del ingreso, previa evaluación del Departamento.

Los pagos de VA de asistencia y ayuda (conocidos como A&A) no se tienen que contar como ingreso si puede demostrar que el pago es de A&A y si tiene comprobante de la cantidad efectiva del pago de A&A.

Si tiene un Poder o Tutor, incluya el documento completo con su solicitud. Si están casados y tienen poderes separados, incluyan copias completas de ambos documentos de poder, si ambos están solicitando los beneficios.

Se prefieren fotocopias por un solo lado en papel blanco de 8 ½ x 11 pulgadas.

Puede copiar varios documentos en una sola hoja

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA NUEVA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

IMPORTANTE: Se debe completar a máquina o en letra de imprenta en tinta negra. **Asegúrese de marcar la casilla correspondiente en la parte superior de la solicitud para indicar quién solicita los beneficios farmacéuticos.** Si está casado, complete la información de su cónyuge, aunque él o ella no esté solicitando.

- **Si están casados y están completando una sola solicitud, deberán marcar la casilla donde dice “Usted y su cónyuge”.**
 - **Los solicitantes solteros deben marcar la casilla que dice “Sólo usted”.**
- A. **SOLICITANTE:** Complete toda la información de esta sección. Marque la casilla “sí” si tiene otra cobertura de salud e incluya fotocopias de todas las tarjetas de seguro de salud. Si no tiene otra cobertura de salud, marque la casilla “no”.
- B. **SOLICITUD DE CÓNYUGE:** Si está casado, complete toda la información de esta sección. Marque la casilla “sí” si tiene otra cobertura de salud e incluya fotocopias de todas las tarjetas de seguro de salud. Si no tiene otra cobertura de salud, marque la casilla “no”.
- C. **ORIGEN ÉTNICO:** Marque el número que mejor describa su origen étnico. Si está casado y están solicitando juntos, marque el número que mejor describa el origen étnico de su cónyuge.
RESIDENCIA: Marque el número que identifique su residencia. Si está casado y están solicitando juntos, marque el número que mejor identifique la residencia de su cónyuge.
ESTADO CIVIL: Marque el número que mejor describa su estado civil. Si marca el 1, también debe marcar “soltero” o “viudo”, lo que corresponda. Si marca el 3 ó 4, también debe indicar el año. Si está casado y están solicitando juntos, marque lo mismo.
- D. **INDICAR TODOS LOS INGRESOS DEL AÑO PREVIO:** Se prefieren fotocopias de documentos en papel de 8 ½ x 11 pulgadas. Se pueden copiar varios documentos en una sola hoja. Los ingresos se deben indicar en los cuadros correspondientes. Si está casado, el ingreso de su cónyuge debe aparecer en el cuadro correspondiente.
- E. **FIRME Y FECHÉ LA SOLICITUD:** Lea las declaraciones de “Certificación y autorización” en la última página de la solicitud. Si el esposo y la esposa están solicitando en la misma solicitud, cada uno deberá firmar en el lugar correspondiente.
- F. **PODER DURABLE:** Si un apoderado o un tutor firma la solicitud, se deberá incluir el poder durable o el documento de tutela. Si desea que toda la correspondencia le sea enviada a su apoderado, marque la casilla e indique el nombre, dirección y teléfono del apoderado y una copia firmada del documento de poder durable. Si están casados y solicitan juntos y su cónyuge tiene un apoderado diferente, marque la casilla correspondiente y proporcione la misma información y documentos del apoderado de su cónyuge.
- G. **FIRMA DEL TESTIGO/PERSONA QUE PREPARÓ LA SOLICITUD:** Si el solicitante firma con una marca (X), un testigo o preparador deberá firmar en el espacio correspondiente. Incluya el número de teléfono y la fecha de la firma.
- **CUESTIONARIO DE SALUD Y BIENESTAR:** Le pedimos que complete el Cuestionario sobre la salud y el bienestar. Esta parte no es obligatoria para solicitar los beneficios del programa. En este folleto hay dos cuestionarios: uno para la persona que completa la solicitud y, en el caso de parejas casadas, una para cada cónyuge.

**Si tiene preguntas acerca de cómo completar esta solicitud llame al
Departamento de Servicios para Titulares de la Tarjeta:**



1-800-225-7223
en Pennsylvania

SOLICITUD PARA NUEVA INSCRIPCIÓN EN PACE

Inscripción para : Solamente usted (65 años o más)
 Usted y su cónyuge (65 años o más)

ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA
O A MÁQUINA CON TINTA NEGRA

A	Su apellido	Nombre Inicial	Sexo (marque) M o F	Su N.º de Seguro Social	¿Tiene seguro médico ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Dirección de su residencia			Apt. #			
	Fecha de nacimiento			(Mes) (Día) (Año) / /			
Ciudad			Estado	Código postal	Teléfono residencial ()		
B	Apellido de su cónyuge	Nombre Inicial	Sexo (marque) M o F	N.º de Seguro Social de su cónyuge	¿Tiene seguro médico ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Dirección residencial de su cónyuge			Apt. #			
	Fecha de nacimiento			(Mes) (Día) (Año) / /			
Ciudad			Estado	Código postal	Teléfono residencial ()		
C	Origen étnico (marcar #) - optativo		Tipo de residencia (marcar #) - obligatorio		Estado civil (marcar #) - obligatorio		
	Solicitante	Cónyuge	Solicitante	Cónyuge			
1	Caucásico	1	Caucásico	1	Propietario	1	Soltero/viudo
2	Afroamericano	2	Afroamericano	2	Alquilo	2	Casado
3	Indio americano	3	Indio americano	3	Res. de envejecientes/	3	Res. de envejecientes/
4	Hispano	4	Hispano	4	Hogar con cuidados	4	Hogar con cuidados
5	Asiático	5	Asiático	5	Vivo con parientes	5	Vive con parientes
6	Otro	6	Otro	6	Otro	6	Otro
3 Divorciado Desde ____ (Año)							
4 Casado pero separados desde ____ (Año)							

D	INDIQUE TODOS SUS INGRESOS DEL AÑO PASADO (SOLTEROS SÓLO INGRESO PROPIO. LOS CASADOS QUE VIVEN JUNTOS DEBEN REPORTAR INGRESOS COMBINADOS).			
	<input type="checkbox"/>	Solicitante	Cónyuge	Total
	<input type="checkbox"/>			
1		Seguro Social total bruto del año pasado (incluya primas de Medicare y SSI)		1
2		Total en beneficios brutos de jubilación de ferrocarriles, año pasado (Formulario RRB-1099 y RRB-1099R)		2
3		Total de pensión SERS (jubilación de empleados del estado), año pasado		3
4		Total en pensiones brutas del año pasado (no incluidas en 2 y 3) y cantidad sujeta a impuestos de anualidades y cuentas IRA		4
5		Total en intereses, dividendos, capital y premios (no reste las pérdidas), año pasado		5
6		Total de otros ingresos: sueldos, salarios, bonos, comisiones, trabajo por su cuenta, sociedades, alquileres neto, negocios neto, efectivo, asistencia pública, desempleo, compensación al trabajador, manutención, regalos y herencias que sumen más de \$300 y beneficios de fallecimiento en exceso de \$10,000 (no reste pérdidas)		6
7		INGRESO ANUAL TOTAL (sume las líneas 1 a 6)		7

Por medio de mi firma declaro que leí la certificación y autorización al dorso de esta solicitud y que estoy de acuerdo con los términos dispuestos y que he vivido en Pennsylvania por lo menos 90 días antes de presentar esta solicitud y que la información sobre mis ingresos es verídica, correcta y completa

E	Firma del solicitante	Firma del cónyuge (si está presentando solicitud)	
	Fecha ____ / ____ / ____	Fecha ____ / ____ / ____	
F	Firma del apoderado (requiere comprobante)	Firma del apoderado (requiere comprobante)	
	Fecha ____ / ____ / ____	Fecha ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/>	Marque la casilla para enviar toda la correspondencia al apoderado	<input type="checkbox"/>	Marque la casilla para enviar toda la correspondencia al apoderado
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Dirección	Dirección	Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad	Ciudad	Ciudad
Estado	Estado	Estado	Estado
Código postal	Código postal	Código postal	Código postal
Teléfono	Teléfono	Teléfono	Teléfono
G	Teléfono y firma del testigo/persona que completó la solicitud	Teléfono y firma del testigo/persona que completó la solicitud	
	Teléfono () Fecha ____ / ____ / ____	Teléfono () Fecha ____ / ____ / ____	

DECLARACIONES DE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que mi firma sobre esta solicitud indica que estoy de acuerdo con las siguientes disposiciones:

- A. Autorizo al Departamento de la Vejez, para que, a su discreción, divulgue cualquier información contenida en mi expediente PACE según lo estime conveniente el Departamento. Autorizo dicha divulgación de información.
- B. Autorizo al Departamento de la Vejez para que visite mi residencia, previo aviso, con la finalidad de determinar la validez de la información proporcionada en la solicitud o cualquier reclamación de indemnización en virtud del programa PACE.
- C. Entiendo que PACE puede proporcionar información general acerca de los afiliados de PACE a fuentes externas para fines de investigación, según lo estime conveniente el Departamento.
- D. Por este medio le asigno al Commonwealth of Pennsylvania, en el caso de un pago duplicado o en exceso, todo derecho a beneficios farmacéuticos que me pudieran corresponder en virtud de cualquier otro plan de asistencia del gobierno o seguro de aseguradora externa con fines de lucro.
- E. Por este medio y mediante mi firma en esta solicitud, renuncio a la confidencialidad de toda información de salud que se encuentre en los expedientes de cualquier HMO de Medicare o tercera parte aseguradora y a cualquier otra información proveniente de una institución de salud referente a mis medicamentos. Autorizo la divulgación de dicha información para los fines concordados a esta solicitud. Entiendo que PACE podrá comunicarse con mi médico para preguntas relacionadas con mi historial clínico y para obtener información relacionada con mis medicamentos recetados pagados por PACE. Renuncio a la confidencialidad de dichos expedientes clínicos y autorizo que sean divulgados al programa PACE.
- F. Convengo en renunciar a cualquier pago de una aseguradora por cualquier cantidad que haya sido pagada por PACE en mi nombre.
- G. Autorizo al Internal Revenue Service, Pennsylvania Department of Revenue, US Railroad Retirement Board, Social Security Administration o cualquier otra institución que proporcione ingresos para que proporcione una copia de mi declaración de impuestos u otras fuentes de ingresos al programa con el fin de verificar si reúno los requisitos.

Si el solicitante (o los solicitantes) firmó un Poder o ha sido declarado discapacitado, el Departamento aceptará al Apoderado o al Tutor como representante autorizado para los fines de documentación de la inscripción. Se deberá proporcionar la carta poder o el documento de tutela.

Si tiene preguntas acerca de cómo completar esta solicitud llame al
Departamento de Servicios para Titulares de la Tarjeta:



1-800-225-7223
en Pennsylvania

Encuesta de salud y bienestar para usted

Número de Seguro Social

Sexo: ____Masculino ____Femenino

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Le agradeceríamos que respondiera a las siguientes preguntas acerca de su salud y bienestar. (Aunque haya completado una encuesta similar en el pasado, es importante que complete ésta porque muchas preguntas son diferentes.) Sin embargo, usted no tiene ninguna obligación de completar la encuesta y no hacerlo de ninguna manera afectará sus requisitos para inscribirse en PACE/PACENET. Toda la información es confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación referente a las necesidades de las personas que se inscriben en PACE/PACENET. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la prestación de servicios y beneficios de salud para los envejecientes de Pennsylvania.

- En general, usted diría que su salud es:
 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
- En referencia a su salud física, la cual incluye enfermedades y lesiones, ¿cuántos días no estuvo bien de la salud durante los últimos 30 días?
_____ días (si ninguno, escriba 0).
- En referencia a su salud mental, la cual incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días no estuvo bien de la salud mental durante los últimos 30 días?
_____ días (si ninguno, escriba 0).
- Durante los pasados 30 días, ¿aproximadamente cuántos días no pudo hacer lo habitual, como afeitarse, trabajar o actividades recreativas a causa de su mala salud física o mental?
_____ días (si ninguno, escriba 0).
- Durante los pasados 30 días, ¿aproximadamente cuántos días no pudo hacer lo habitual, como afeitarse, trabajar o actividades recreativas a causa del DOLOR?
_____ días (si ninguno, escriba 0).
- ¿Tiene problemas para leer o entender las instrucciones referentes a los medicamentos que le da el médico o el farmacéutico?
 1. Yo no tengo ningún problema para leer ni entender las instrucciones de mis medicamentos.
 2. Sí, algunas veces tengo problemas.
Si la respuesta es sí, ¿qué clase de problemas tiene? Marque todo lo que corresponda:
 a. Problemas de la vista (por ejemplo, leer letras pequeñas).
 b. Problemas al leer (por ejemplo, entender palabras).
 c. Problemas porque el inglés no es mi idioma natal.
 d. Otros problemas (escriba brevemente). _____
- ¿Tiene algún amigo o familiar que le puede ayudar a leer y entender las etiquetas de los envases de las medicinas y las indicaciones del médico o farmacéutico si es necesario?
 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro
- Durante los pasados 12 meses, ¿cuántas veces decidió no comprar una medicina porque era demasiado cara?
 a. Ninguna b. 1 vez c. 2 veces d. 3-5 veces e. 6-9 veces f. 10 veces o más

SÍRVASE VOLTEAR LA PÁGINA Y CONTINUAR

9. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho alguna de las siguientes cosas?:
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Saltarse dosis de una medicina para que la receta le dure más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| b. Gastar menos en comida, calefacción u otras necesidades básicas para tener suficiente dinero para sus medicinas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| c. Pedirle a un miembro de la familia o amigo que le ayude a pagar su medicina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| d. Obtener muestras gratuitas de una medicina con un médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| e. Obtener medicinas gratis en una clínica u hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
10. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez que evitó ir al médico porque le preocupaba el costo de las medicinas? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro
11. En el último año, ¿perdió usted su cobertura de seguro pagada por su empleador? 1. Sí 2. No
12. ¿Tiene acceso a Internet en su casa? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro
13. ¿Está usted LIMITADO de manera alguna en sus actividades a causa de discapacidad o problema de salud? 1. Sí 2. No. **Si no, pase a la pregunta 18.**
14. ¿Cuál es la **PRINCIPAL** discapacidad o problema de salud que limita sus actividades?
-
15. ¿Por CUÁNTO TIEMPO han estado limitadas sus actividades a causa de su discapacidad o problema de salud? Indique la cantidad de tiempo. _____
16. ¿Necesita la ayuda de otras personas para su CUIDADO PERSONAL, como comer, vestirse, bañarse o moverse por su casa a causa de una discapacidad o problema de salud? 1. Sí 2. No
17. ¿Necesita la ayuda de otras personas con sus necesidades HABITUALES, como quehaceres domésticos, trámites necesarios, compras, o movilidad a causa de discapacidad o problema de salud? 1. Sí 2. No
18. ¿Cuál es su peso y altura aproximados? Estatura: ____ pies ____ pulg Peso: _____ libras
19. ¿Cuál es su nivel de educación? Indique el grado más alto completado. _____
20. ¿Maneja usted actualmente un coche o otro vehículo? 1. Sí 2. No
Si la respuesta así, ¿cómo cuántas millas maneja por semana? _____
21. Durante el año pasado, ¿tuvo usted beneficios o seguro que le ayudaron a pagar las recetas médicas? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro
- Si los tuvo, ¿qué clase de beneficio seguro de recetas médicas? (Marque todos los que correspondan)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. PACE/PACENET | <input type="checkbox"/> 2. Patrocinado por el empleador (p.ej, beneficio de jubilación) |
| <input type="checkbox"/> 3. Asistencia médica/ACCESS | <input type="checkbox"/> 4. Seguro sup. comprado por sí mismo/póliza de Medigap |
| <input type="checkbox"/> 5. Otro método (explique) | _____ |

GRACIAS. SUS RESPUESTAS NOS AYUDARÁN A MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y BENEFICIOS PARA LOS ENVEJECIENTES DE PENNSYLVANIA.

Encuesta de salud y bienestar para su cónyuge

Si su cónyuge también está solicitando PACE/PACENET

Número de Seguro Social

Sexo: ____ Masculino ____ Femenino

				-				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Le agradeceríamos que respondiera a las siguientes preguntas acerca de su salud y bienestar. (Aunque haya completado una encuesta similar en el pasado, es importante que complete ésta porque muchas preguntas son diferentes.) Sin embargo, usted no tiene ninguna obligación de completar la encuesta y no hacerlo de ninguna manera afectará sus requisitos para inscribirse en PACE/PACENET. Toda la información es confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación referente a las necesidades de las personas que se inscriben en PACE/PACENET. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la prestación de servicios y beneficios de salud para los envejecientes de Pennsylvania.

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

2. En referencia a su salud física, la cual incluye enfermedades y lesiones, ¿cuántos, días no estuvo bien de la salud durante los últimos 30 días?

_____ días (si ninguno, escriba 0).

3. En referencia a su salud mental, la cual incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días no estuvo bien de la salud mental durante los últimos 30 días?

_____ días (si ninguno, escriba 0).

4. Durante los pasados 30 días, ¿aproximadamente cuántos días no pudo hacer lo habitual, como asearse, trabajar o actividades recreativas a causa de su mala salud física o mental?

_____ días (si ninguno, escriba 0).

5. Durante los pasados 30 días, ¿aproximadamente cuántos días no pudo hacer lo habitual, como asearse, trabajar o actividades recreativas a causa del DOLOR?

_____ días (si ninguno, escriba 0).

6. ¿Tiene problemas para leer o entender las instrucciones referentes a los medicamentos que le da el médico o el farmacéutico?

1. Yo no tengo ningún problema para leer ni entender las instrucciones de mis medicamentos.
 2. Sí, algunas veces tengo problemas.

Si la respuesta es sí, ¿qué clase de problemas tiene? Marque todo lo que corresponda:

- a. Problemas de la vista (por ejemplo, leer letras pequeñas).
 b. Problemas al leer (por ejemplo, entender palabras).
 c. Problemas porque el inglés no es mi idioma natal.
 d. Otros problemas (escriba brevemente). _____

7. ¿Tiene algún amigo o familiar que le puede ayudar a leer y entender las etiquetas de los envases de las medicinas y las indicaciones del médico o farmacéutico si es necesario?

1. Sí 2. No 3. No estoy seguro

8. Durante los pasados 12 meses, ¿cuántas veces decidió no comprar una medicina porque era demasiado cara?

- a. Ninguna b. 1 vez c. 2 veces d. 3-5 veces e. 6-9 veces f. 10 veces o más

9. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho alguna de las siguientes cosas?:
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Saltarse dosis de una medicina para que la receta le dure más tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| b. Gastar menos en comida, calefacción u otras necesidades básicas para tener suficiente dinero para sus medicinas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| c. Pedirle a un miembro de la familia o amigo que le ayude a pagar su medicina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| d. Obtener muestras gratuitas de una medicina con un médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
| e. Obtener medicinas gratis en una clínica u hospital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1. Sí, con frecuencia | 2. Sí, algunas veces | 3. No, nunca |
10. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez que evitó ir al médico porque le preocupaba el costo de las medicinas? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro
11. En el último año, ¿perdió usted su cobertura de seguro pagada por su empleador? 1. Sí 2. No
12. ¿Tiene acceso a Internet en su casa? 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro
13. ¿Está usted LIMITADO de manera alguna en sus actividades a causa de discapacidad o problema de salud? 1. Sí 2. No. **Si no, pase a la pregunta 18.**
14. ¿Cuál es la **PRINCIPAL** discapacidad o problema de salud que limita sus actividades?
-
15. ¿Por CUÁNTO TIEMPO han estado limitadas sus actividades a causa de su discapacidad o problema de salud? Indique la cantidad de tiempo. _____
16. ¿Necesita la ayuda de otras personas para su CUIDADO PERSONAL, como comer, vestirse, bañarse o moverse por su casa a causa de una discapacidad o problema de salud?
 1. Sí 2. No
17. ¿Necesita la ayuda de otras personas con sus necesidades HABITUALES, como quehaceres domésticos, trámites necesarios, compras, o movilidad a causa de discapacidad o problema de salud?
 1. Sí 2. No
18. ¿Cuál es su peso y altura aproximados? Estatura: ___ pies ___ pulg Peso: _____ libras
19. ¿Cuál es su nivel de educación? Indique el grado más alto completado. _____
20. ¿Maneja usted actualmente un coche o otro vehículo? 1. Sí 2. No
Si la respuesta así, ¿cómo cuántas millas maneja por semana? _____
21. Durante el año pasado, ¿tuvo usted beneficios o seguro que le ayudaron a pagar las recetas médicas?
 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro
- Si los tuvo, ¿qué clase de beneficio seguro de recetas médicas? (Marque todos los que correspondan)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. PACE/PACENET | <input type="checkbox"/> 2. Patrocinado por el empleador (p.ej, beneficio de jubilación) |
| <input type="checkbox"/> 3. Asistencia médica/ACCESS | <input type="checkbox"/> 4. Seguro sup. comprado por sí mismo/póliza de Medigap |
| <input type="checkbox"/> 5. Otro método (explique) | _____ |

GRACIAS. SUS RESPUESTAS NOS AYUDARÁN A MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y BENEFICIOS PARA LOS ENVEJECIENTES DE PENNSYLVANIA.

**LEA LAS INSTRUCCIONES COMPLETAMENTE
REVISE LA LISTA**

- ¿Completó todo el formulario de solicitud con tinta negra?
- ¿Completó las secciones del solicitante y su cónyuge si están casados y ambos están solicitando?
- ¿Leyó las Declaraciones de Certificación y Autorización al dorso de la solicitud?
- ¿Firmó y fechó la solicitud? Si el esposo y la esposa están solicitando por medio del mismo formulario, firmaron ambos la solicitud?
- ¿Incluyó comprobante de edad, de residencia y de ingresos del año natural previo en fotocopias de un solo lado en papel blanco de 8 1/2 por 11 pulgadas? (Se pueden copiar varios documentos en una sola hoja.)
- ¿Incluyó todas las copias de las tarjetas de cobertura de salud? (Se pueden copiar varios documentos en una sola hoja.)
- ¿Marcó la casilla en la Sección D de la solicitud si usted o su cónyuge no recibieron ingresos normales del Seguro Social el año pasado? (Ver la solicitud.)
- ¿Incluyó una copia firmada de la carta poder o documento de tutela, si corresponde?
- ¿Marcó la casilla en la Sección F si desea que toda la correspondencia sea enviada al representante o tutor indicado en la solicitud y anotó el nombre, dirección y número de teléfono de él/ella e incluyó una copia firmada de la carta poder?
- ¿Incluyó los cuestionarios sobre la salud y el bienestar completados?

Para obtener más información acerca de otros programas y servicios a su disposición, llame a la oficina de Area Agency on Aging. El teléfono lo encontrará en la guía telefónica.

**SI EXTRAVIÓ EL SOBRE QUE SE INCLUYÓ CON ESTE FOLLETO,
ENVÍE SU SOLICITUD COMPLETADA A:**

**PACE
PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF AGING
PO BOX 8806
HARRISBURG, PA 17105-8806**

¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

LLAME GRATIS



1-800-225-7223

EN PENNSYLVANIA

(717) 651-3600

SI NO ESTÁ LLAMANDO DE PENNSYLVANIA

**EN EL SIGUIENTE TELÉFONO SÓLO SE ACEPTARÁN
LLAMADAS REALIZADAS CON UN APARATO TDD
LLAMADA GRATUITA**

1-800-222-9004

NO SE ACEPTAN LLAMADAS POR COBRAR

NÚMERO DE FAX PARA LA SOLICITUD



(717) 651-3608

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO



PACECares@fhsc.com

**Edward G. Rendell
Gobernador**



Benefits Older Pennsylvanians

**Nora Dowd Eisenhower
Secretaria de la Vejez**

Las reglas y reglamentos oficiales del programa PACE se encuentran en Title 6 Pa. Code, Chapter 22.