

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 que paga por sus medicamentos de receta.

1. Información personal

Apellido:		Nombre:		Inicial:	
Fecha de nac.: / /		Sexo: Fem. Masc.		Teléfono: ()	
Nº de SS: - - (Número de Seguro Social)		Número de reclamación de MEDICARE: (El número de su tarjeta roja, blanca y azul de seguro médico de Medicare)			
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 cuadro 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 cuadro 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 comparar con otros expedientes del gobierno o pedir otras pruebas en cualquier otro momento.

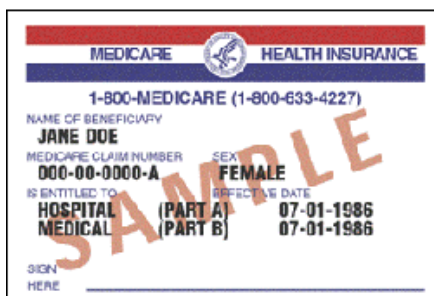
Firme: _____ Fecha: _____
 Marque la casilla apropiada: Solicitante Representante



Corte en la línea y conserve esta porción inferior con sus expedientes.

Importante: Envíe una **copia** de cada uno de lo siguiente con su formulario de afiliación. **No** envíe originales. Envíe por correo una **copia** de las dos tarjetas con esta solicitud **firmada** a: MORx Plan, PO Box 6500, Jefferson City, MO 65102.

1. Envíe una **copia** de su tarjeta de seguro médico de Medicare.



2. Envíe una **copia** de su tarjeta del Seguro Social.

