

CONFIDENCIAL

Human Services Agency - Ventura County Area Agency on Aging
Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Formulario para cita de comparación

www.vcaaa.org/comparison-form

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección Postal (si es diferente) _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono (____)____-____ Correo Electrónico _____

Tipo de cita preferida: Correo Electrónico Teléfono Por Zoom En persona

Hora de cita preferida: _____ AM PM

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Historia Social

Estado Civil Casado(a) Separado(a) Pareja No casado Divorciado(a) Viudo(a) Declina a declarar

Raza Afroamericano(a) Indio (a) Americano /Indio(a) Alaska Caucásico(a) Blanco (no Hispano) Indio Asiático

Camboyano Chino Filipino Guameño Hawaiano Japones Laosiano Samoano Vietnamés

No colectado Declina a declarar Dos o más razas Otra raza: _____

Grupo Étnico Hispano/Latino No Hispano/Latino No Colectado Declina a declarar

Ley de Reducción de Disparidades Bisexuales y Transgénero Gay De Acta De 2016 (AB 959)

¿Cuál es tu género? Masculino Femenino Transgénero Femenino a Masculino Transgénero Masculino a Femenino

Géneroqueer/No Binario(a) Declina a declarar No colectado No está en la lista, por favor especifique: _____

¿Cuál fue su sexo al nacer? Masculino Femenino Declina a declarar No colectado /falta/no completado

¿Cómo describe su orientación o identidad sexual? Heterosexual Bisexual Homosexual/Lesbiana

Cuestionando/inseguro Declina a declarar No colectado No esta en la lista, por favor especifique: _____

Servicio Militar

¿Alguna vez ha servido en el ejército de los Estados Unidos? No Sí **¿Es usted el cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que está sirviendo o que ha servido en las fuerzas armadas de los EE. UU.?** No Sí

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las dos últimas preguntas, ¿da su consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan su nombre, direcciones de correo electrónico, dirección postal y número(s) de teléfono al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puede ser elegible? Entiendo que este consentimiento es válido para 12 meses a partir de la fecha de la firma. No Sí N/A

Por favor vea su tarjeta del plan de recetas o plan de salud y vea si es PDP o HMO.

¿Tiene usted Medicare Parte A? No Sí Si contesto Sí, escriba la fecha de vigencia: _____

¿Tiene usted Medicare Parte B? No Sí Si contestó Sí, escriba la fecha de vigencia: _____

¿Tiene usted un plan de recetas Parte D (PDP)? No Sí Si contestó Sí, especifique el nombre del plan: _____

¿Tiene usted un plan HMO Medicare Advantage? No Sí Si contestó Sí, especifique el nombre del plan: _____

¿Recibe cobertura de medicamentos recetados de un plan para jubilados, sindicato o empleador? No Sí

Especifique su farmacia de preferencia: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Otra agencia (SSA, Medi-Cal, etc.) Folleto sobre la edad para entrar en Medicare Departamento sobre el Envejecimiento de California

Defensores de la salud de California Centros de servicios de Medicaidy Medicare Amigo/pariente Camioneta de información

Internet Correo Media Evento de divulgación por HICAP Otro: _____

CONFIDENCIAL

Usted puede ser elegible para ahorrar en costos de medicamentos recetados y para otros programas.

¿Tiene Medi-Cal? No Sí

Si contestó No, ¿Está interesado en solicitarlo? No Sí

Si contestó Sí, ¿Cuál es la parte de Costo? _____

¿Está recibiendo CalFresh? No Sí

Si contestó No, ¿Está interesado en solicitarlo? No Sí

Si está interesado en solicitarlo, ¿su INGRESO BRUTO ES INFERIOR a \$1,580 por una persona o \$2,137 para dos personas comprando y preparando la comida juntos? No Sí

¿Está interesado en recibir ayuda para pagar las facturas de energía de su hogar, ciertas reparaciones y/o proyectos de climatización?

No Sí

¿Sus ACTIVOS (banco, cuentas IRA) son inferiores a \$15,720 (si es soltero) o \$31,360 (si está casado)? No Sí

¿Su INGRESO BRUTO MENSUAL es INFERIOR a \$1,883 (si es soltero) o \$2,555 (si está casado)? No Sí

Información sobre medicamentos recetados — ENUMERE **TODAS** LAS RECETAS ACTUALES

Por favor imprimir claramente. La información que proporcione guiará nuestra comparación.

CONSEJO: Extraiga sus frascos de medicamentos y transcriba el nombre completo de la medicina en la siguiente lista.

	NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN (¿Cuántos mg?)	CON QUE FRECUENCIA (# por día/semana/mes)	¿SE REQUIERE EL NOMBRE DE LA MARCA? (sí/no)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

Indique la razón por la que solicita una cita con un consejero de HICAP:

CONFIDENCIAL

La misión del HICAP es proporcionar asesoramiento preciso y objetivo, apoyo y asistencia con Medicare, seguro de salud, atención administrada, atención a largo plazo y planes de cobertura de salud relacionados para los beneficiarios de Medicare, sus representantes o personas inminentes de elegibilidad de Medicare, y educar al público sobre cuestiones de Medicare y cobertura de salud.

Declaración de Divulgación

Los servicios de consejería HICAP son proporcionados por consejeros capacitados, registrados por el Departamento de Envejecimiento de California, que están actuando de buena fe para proporcionar información independiente e imparcial sobre las pólizas y beneficios de seguros de salud a los clientes. Los consejeros no venden ningún tipo de cobertura de atención médica. No respaldan ni recomiendan ningún plan o póliza específica. La información presentada por los voluntarios de HICAP no debe interpretarse como asesoramiento legal, y los voluntarios no son responsables de actos u omisiones en la prestación de asesoramiento a los destinatarios del servicio. Código de Bienestar e Instituciones, Sección 9541 (f)(4).

Al firmar con su nombre e ingresar la fecha a continuación, usted reconoce que ha leído y comprendido esta divulgación.

He leído y entiendo esta divulgación.

Firma electrónica/Firma: _____

Nombre Escrito:: _____ Fecha: _____

Devuelva la hoja de trabajo completa por correo electrónico, correo postal o fax:

HICAP@ventura.org

Ventura County HICAP

646 County Square Dr., Suite 100, Ventura, CA 93003

Fax: 805-477-7341

Teléfono: 805-477-7300 or 800-434-0222

Información para el Beneficiario de Medicare

Plan de Medicamentos Recetados	Definición	Aplicación
Prima	Cargos mensuales del plan de tarifas para permitir el costo compartido de sus medicamentos recetados.	Usted puede pagar el plan directamente o ser deducido del beneficio del Seguro Social.
Deductible	Esta es la cantidad que debe pagar cada año por sus recetas antes de que su plan de medicamentos de Medicare pague su parte. Los deducibles varían entre los planes. Se establece un máximo cada año.	Usted paga el precio de venta negociado por sus medicamentos hasta que haya cumplido con el Deducible del Plan. Muchos planes renuncian al Deducible para medicamentos de nivel 1 y 2 (genéricos).
Nivel	Los planes tienen niveles o niveles de copagos/coseguros con diferentes costos para diferentes tipos de medicamentos.	Los medicamentos de marca están en niveles más altos que los medicamentos genéricos y cuestan más. Diferentes planes pueden colocar el mismo medicamento en diferentes niveles que afectan el costo.
Formula no incluida	El Plan puede haber negociado un precio de venta al público con la farmacia. Usted no obtiene el beneficio de la participación en los costos.	Usted paga el mismo precio de enero a diciembre en su plan.
Previa Autorización	El plan requiere que su médico le diga al plan por qué este medicamento es medicamento necesario.	Usted y/o su prescriptor pueden ponerse en contacto con el plan para solicitar una excepción.
Límites de Cantidad	Los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos recetados que cubren durante un cierto período de tiempo.	Si su médico cree que, debido a su condición médica, un límite de cantidad no es medicamento apropiado, usted o su prescriptor pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción.
Terapia en Etapas	En la mayoría de los casos, primero debe probar un determinado medicamento menos costoso en el formulario del plan que se ha demostrado eficaz para la mayoría de las personas con su condición antes de que pueda ascender un "paso" a un medicamento más caro.	Si su prescriptor cree que es medicamento necesario que usted esté en un medicamento de terapia de pasos más caro sin probar primero el medicamento menos costoso, usted o su prescriptor pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción.

Referencia: medicare.gov

Este proyecto cuenta con el apoyo de la Administración para la Vida Comunitaria (por sus siglas en Inglés ACL), del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés HHS) como parte de un premio de asistencia financiera por un total de \$363,309 con el 100 por ciento de financiamiento de ACL / HHS. Los contenidos pertenecen al autor (es) y no representan necesariamente los puntos de vista oficiales ni el respaldo de ACL/HHS o del gobierno de los EE. UU.

