

# ¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

COMUNÍQUESE CON SERVICIOS AL AFILIADO SERVICIOS  
1-800-225-7223

Personas con problemas auditivos  
Que utilicen teléfonos  
de texto (TTY/TDD), comuníquese al:  
1-800-222-9004

NÚMERO DE FAX LAS 24 HORAS  
1-888-656-0372

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO  
papace@magellanhealth.com



**Tom Wolf**  
GOBERNADOR  
**Teresa Osborne**  
SECRETARIA del  
DEPARTAMENTO  
para ADULTOS  
MAYORES

1/2017

¿TIENE 65 AÑOS O MÁS?  
¿NECESITA AYUDA CON SUS  
RECETAS MÉDICAS?  
PRESENTE SU SOLICITUD EN  
CUALQUIER MOMENTO  
SOLICITUD ADJUNTA \*



## PACE Y PACENET

TRABAJA CON:

- PLANES PARTE D DE MEDICARE
- COBERTURA JUBILATORIA/SINDICAL
- PLANES DE EMPLEADOR
- BENEFICIOS PARA VETERANOS

OFRECEMOS COPAGOS  
DE RECETAS BAJOS



1-800-225-7223

### ELEGIBILIDAD PARA PACE Y PACENET

- Tener 65 años de edad o más
- Haber residido en Pensilvania por al menos 90 días consecutivos
- Cumplir con los requisitos de ingresos que se detallan a continuación

¡PRESENTAR LA SOLICITUD ES MUY FÁCIL!  
SIGA ESTA PRÁCTICA LISTA DE CONTROL:

- Completar ambos lados del formulario de solicitud
- Completar la sección dedicada a su cónyuge, aunque este no sea solicitante
- Completar la Encuesta sobre salud
- Asegurarse de haber firmado la Sección E

### CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

- (Tenga disponible la información sobre sus ingresos y su seguro médico).
- PRESENTE LA SOLICITUD EN LÍNEA EN: <https://pacecares.magellanhealth.com/>
- COMPLETE LA SOLICITUD ADJUNTA

Envíela por correo a: PACE/PACENET,  
APARTADO POSTAL 8806,  
HARRISBURG PA 17105-8806

- Envíela por fax al: 1-888-656-0372

Envíela por correo electrónico a:  
papace@magellanhealth.com

**Información importante: Usted puede inscribirse en PACE/PACENET aunque tenga seguro médico u otro plan de recetas médicas...¡Inscribese hoy mismo!**

Ahora se excluyen de los ingresos las primas de la Parte B del Seguro Social de Medicare.

### INFORMACIÓN SOBRE PACE

- Los ingresos totales de una persona soltera correspondientes al último año deben ser iguales o inferiores a \$14.500.
- Los ingresos totales combinados de una pareja casada correspondientes al último año deben ser iguales o inferiores a \$17.700.
- Medicamentos cubiertos (sobre la base de un suministro para 30 días):  
Copago de genérico de \$6 Copago de marca de \$9

### INFORMACIÓN SOBRE PACENET

- Los ingresos totales de una persona soltera correspondientes al último año deben ser entre \$14.501 y \$23.500.
- Los ingresos totales combinados de una pareja casada correspondientes al último año deben ser entre \$17.701 y \$31.500.
- Medicamentos cubiertos (sobre la base de un suministro para 30 días):  
Copago de genérico de \$8 Copago de marca de \$15

(Es posible que los miembros de PACENET tengan que pagar una prima mensual en la farmacia).

**REQUISITOS DE INGRESOS DE PACE/PACENET  
—LOS INGRESOS INCLUYEN (AUNQUE NO SE  
LIMITAN A) LO SIGUIENTE:**

- Seguro social bruto y seguro de ingreso suplementario bruto (no incluye las primas de Medicare)
- Jubilación ferroviaria (RRB1099 y RRB1099R)
- Jubilación bruta
- Salarios/Sueldos/Comisiones
- Ingreso por trabajo por cuenta propia o en sociedad
- Dinero de pensión alimenticia y compensatoria
- Monto imponible de rentas anuales y cuentas individuales de jubilación (IRA)
- Seguro de desempleo
- Pagos por discapacidad de veteranos
- Ayuda pública en efectivo
- Intereses/Dividendos/Ganancias de capital
- Ingreso de alquileres neto
- Regalías
- Compensación laboral
- Beneficios de seguro de vida (indemnización por defunción superior a \$10,000)
- Ingresos del cónyuge, si está casado y conviviendo
- Regalo y herencia de dinero o de propiedad por un valor superior a \$300
- Cualquier monto de dinero o el valor equivalente del mercado de un premio, como un auto o un viaje ganado en una lotería o un concurso, o ganancias por apuestas

**INFORMACIÓN IMPORTANTE RELACIONADA  
CON LA VENTA DE UNA CASA/PROPIEDAD**

- Si vendió su casa, todas las ganancias de capital se deben declarar como ingreso dentro de los dos (2) años a partir de la fecha de la venta, aunque no haya hecho una declaración de impuestos federal o estatal. Si vendió su casa para pagar los costos de un asilo de ancianos o si utilizó estos ingresos para comprar otra residencia escriturada a su nombre, no se lo considera ingreso.

**INGRESOS EXCLUIBLES DE PACE/PACENET  
(NO CUENTAN)**

- Pagos de ayuda y asistencia de la administración de veteranos
- Ciertos pagos de AmeriCorps\* Vista pueden ser excluidos
- Impuesto sobre la propiedad/Reembolso de renta
- Ingresos de otra persona que viva con usted que no sea su cónyuge
- Indemnización por daños y perjuicios recibida en un juicio civil/acuerdo de conciliación
- Beneficios otorgados según la sección 306c de la Ley de Compensación Laboral
- Cupones para alimentos
- Pagos del programa LIHEAP
- Seguro por neumoconiosis o neumonía plasma celular
- Activos
- Primas de la Parte B de Medicare
- Subsidio para viviendas para los miembros de órdenes religiosas

**VERIFICACIÓN DE EDAD, INGRESOS Y RESIDENCIA Y  
SU RESPONSABILIDAD**

- Es importante que revise cuidadosamente la información sobre la edad, los ingresos y la residencia que usted incluye en la solicitud. Asegúrese de incluir todos los ingresos que usted y su cónyuge (si están casados) recibieron durante el año anterior. No incluya los ingresos de este año. Es probable que desde el Programa se le solicite, en cualquier momento, que presente fotocopias de sus documentos relacionados con la edad, los ingresos y la residencia para verificar la información descrita en la solicitud.
- Si se determina que usted informó incorrectamente su edad, ingresos o situación de residencia y que usted no cumple con los requisitos para recibir estos beneficios, es posible que se le solicite que vuelva a pagar al Programa cualquier beneficio que este haya pagado a su nombre.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD  
—SI NECESITA AYUDA, LLAME AL 1 800 225 7223**

**SECCIÓN A — INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE**

Complete todos los campos de esta sección de la solicitud.

*Indicaciones útiles:*

- Dirección en Pensilvania del solicitante: La dirección física donde reside en Pensilvania.
- Dirección postal: Si su correo le llega a un apartado postal y no a la dirección de su residencia, complete este campo. Si no es así, déjelo en blanco.
- Estado de veterano: Dibuje un círculo en la respuesta que mejor describa su estado.

**SECCIÓN B — INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE**

Si está casado, la información sobre su cónyuge debe ser completada por más que este no solicite la cobertura. Complete todos los campos de esta sección de la solicitud.

**SECCIÓN C — INGRESOS DEL ÚLTIMO AÑO**

Incluya todos los ingresos que usted y su cónyuge (si están casados y conviviendo) recibieron durante el último año. Incluya el seguro social bruto y el seguro de ingreso suplementario bruto (no incluiremos las primas de Medicare).

**SECCIÓN D — INDICADOR DE SITUACIÓN ESPECIAL**

Complete la información solicitada si se le ha diagnosticado enfermedad renal terminal.

**SECCIÓN E — FIRMA**

Esta sección es obligatoria. Firme e indique la fecha en la solicitud una vez que haya leído la declaración de «Certificación y Autorización» incluida en el folleto de la solicitud. Si su apoderado firma en su nombre, debe incluir una copia completa del documento del poder notarial.

**SECCIÓN F — PODER NOTARIAL**

Complete esta sección solo si usted tiene un poder notarial. Si quiere que se le envíe toda la correspondencia a su apoderado, asegúrese de marcar la casilla correspondiente e incluya una copia completa del documento del poder notarial.

**SECCIÓN G — TESTIGO/PREPARADOR**

Si alguien completa esta solicitud por usted, indique su nombre y número de teléfono.

**PARTE D DE MEDICARE Y OTRA COBERTURA DE RECETAS MÉDICAS**

**—  
Complete el Formulario de salud y otra receta**

Nosotros trabajamos con todos los planes Parte D y con otros planes de medicamentos recetados, como por ejemplo plan de jubilación, sindical, de empleador, de Medicare Advantage (HMO, PPO) y de la administración de veteranos (VA).

PACE/PACENET puede ayudarle a pagar su prima directamente a su plan Parte D. Comuníquese con nosotros al 1-800-225-7223 para obtener información más detallada.



Apartado postal 8806  
Harrisburg, Pensilvania 17105-8806

SECCIÓN A — INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE			Solicitud para mí o mi			
Apellido Inicial del 2.º nombre del solicitante		Nombre Sexo M o F		Número de seguro social del solicitante		
Dirección:		Dpto. n.º		Fecha de nacimiento del solicitante		
Ciudad		Estado		Código postal		Número de teléfono principal ( )
Dirección de correo postal (solo si utiliza un apartado postal)		Apartado postal:		Número de teléfono secundario ( )		
Ciudad		Estado		Código postal		Solicitante Número de licencia de conducir de Pensilvania o identificación personal con fotografía
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p><b>NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE MEDICARE</b></p> <p>_____</p> <p><b>FECHA DE MEDICARE PARTE A</b> ____ - ____ - ____</p> <p><b>FECHA DE MEDICARE PARTE B</b> ____ - ____ - ____</p> <p>1. ¿Es veterano? (dibuje un círculo en una de las opciones) 1. No                      o                      2. Sí</p> <p>2. ¿Es miembro de una orden religiosa? (dibuje un círculo en una de las opciones) 1. No                      o                      2. Sí</p> </div>			<b>Estado civil (dibuje un círculo en una de las opciones)</b> 1. Soltero/Viudo 2. Casado 3. Divorciado Año: _____ 4. Casado no conviviente Año: _____	<b>Tipo de residencia (dibuje un círculo en una de las opciones)</b> 1. Propia 2. Alquilada 3. Asilo de ancianos 4. Hogar de cuidado personal 5. Compartida con un pariente 6. Otro	<b>Raza y origen étnico (opcional)</b> ¿Es de origen hispano, latino o español? 1. No                      o                      2. Sí ¿Cuál es su raza? (Seleccione una o más) 1. Blanco 2. Negro o afroamericano 3. Indio americano o nativo de Alaska 4. Asiático 5. Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	

**NOTA: SI ESTÁ CASADO DEBE COMPLETAR LA INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE**

SECCIÓN B — INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE						
Apellido Inicial del 2.º nombre del cónyuge		Nombre Sexo M o F		Número de seguro social del cónyuge		
Dirección:		Dpto. n.º		Fecha de nacimiento del cónyuge		
Ciudad		Estado		Código postal		Cónyuge Número de teléfono principal ( )
Dirección de correo postal (solo si utiliza un apartado postal)		Apartado postal:		Número de teléfono secundario ( )		
Ciudad		Estado		Código postal		Licencia de conducir de Pensilvania o identificación personal con fotografía del cónyuge
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p><b>NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE MEDICARE</b></p> <p>_____</p> <p><b>FECHA DE MEDICARE PARTE A</b> ____ - ____ - ____</p> <p><b>FECHA DE MEDICARE PARTE B</b> ____ - ____ - ____</p> <p>1. ¿Es veterano? (dibuje un círculo en una de las opciones) 1. No                      o                      2. Sí</p> <p>2. ¿Es miembro de una orden religiosa? (dibuje un círculo en una de las opciones) 1. No                      o                      2. Sí</p> </div>			<b>Estado civil (dibuje un círculo en una de las opciones)</b> 1. Soltero/Viudo 2. Casado 3. Divorciado Año: _____ 4. Casado no conviviente Año: _____	<b>Tipo de residencia (dibuje un círculo en una de las opciones)</b> 1. Propia 2. Alquilada 3. Asilo de ancianos 4. Hogar de cuidado personal 5. Compartida con un pariente 6. Otro	<b>Raza y origen étnico (opcional)</b> ¿Es de origen hispano, latino o español? 1. No                      o                      2. Sí                      o ¿Cuál es su raza? (Seleccione una o más) 1. Blanco 2. Negro o afroamericano 3. Indio americano o nativo de Alaska 4. Asiático 5. Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	

**COMPLETE AL DORSO.**

### SECCIÓN C – VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Si usted (o su cónyuge, si están casados y conviviendo) recibe ingresos de cualquiera de las fuentes mencionadas a continuación, especifique el **INGRESO BRUTO DEL ÚLTIMO AÑO** en las casillas correspondientes. Si usted (o su cónyuge) no tiene ingresos del último año, proporcione una declaración que valide que no recibe ingreso alguno.  
Si enviudó, incluya solo sus ingresos del último año (no los de su cónyuge fallecido).

No descuento pérdidas de los ingresos	Solicitante	Cónyuge	Total
1. Seguro social bruto y seguro de ingreso suplementario bruto (SSI)			
2. Jubilación ferroviaria (RRB1099 y RRB1099R)			
3a. Pensión del sistema jubilatorio de empleados estatales de Pensilvania (SERS)			
3b. Pensión del sistema jubilatorio de empleados de escuelas públicas de Pensilvania (PSERS)			
4. Ingresos brutos de otras pensiones, montos imponible de rentas anuales, planes de retiro 401k y cuentas individuales de jubilación (IRA) no mencionados en 3a o 3b			
5. Intereses, dividendos, ganancias de capital, premios			
6. Sueldos, salario, bonos, comisiones, trabajo por cuenta propia o en sociedad, alquileres netos, negocios netos, ayuda pública en efectivo, seguro de desempleo, compensación laboral, pensión alimenticia y compensatoria, apuestas, regalos y herencia (solo si supera los \$300), indemnización por defunción (solo si supera los \$10,000)			

### SECCIÓN D — INDICADOR DE SITUACIÓN ESPECIAL

Marque si a usted o su cónyuge les han diagnosticado enfermedad renal terminal:

Usted  Cónyuge

Solicitante: Fecha de inicio de diálisis \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Fecha de trasplante: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Cónyuge: Fecha de inicio de diálisis \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Fecha de trasplante: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Al firmar, dejo constancia de que he leído la certificación y autorización al dorso del formulario de Salud y Recetas Médicas y acepto los términos declarados; de que he vivido en Pensilvania por al menos 90 días previos a la fecha de esta solicitud; y de que la información sobre la edad y los ingresos mencionada es real, correcta y completa.

### SECCIÓN E — FIRMA

Firma del solicitante o del apoderado  Fecha ____-____-____  Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono del contacto de emergencia: _____	Firma del cónyuge o del apoderado  Fecha ____-____-____  Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono del contacto de emergencia: _____
---	---

### SECCIÓN F – APODERADO

<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si desea que se le envíe toda la correspondencia a su apoderado. Si la marca, se le solicitarán los documentos completos del apoderado.  <u>Nombre:</u>  <u>Dirección:</u>  <u>Ciudad / Estado / Código postal</u>  <u>Número de teléfono:</u>	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si desea que se le envíe toda la correspondencia a su apoderado. Si la marca, se le solicitarán los documentos completos del apoderado.  <u>Nombre:</u>  <u>Dirección:</u>  <u>Ciudad / Estado / Código postal</u>  <u>Número de teléfono:</u>
---	---

### SECCIÓN G — TESTIGO/PREPARADOR

Nombre del Testigo/Preparador (si no es el solicitante)  <u>Nombre:</u>  <u>Número de teléfono:</u>	Nombre del Testigo/Preparador (si no es el solicitante)  <u>Nombre:</u>  <u>Número de teléfono:</u>
---	---

# Encuesta sobre salud y bienestar

## Número de seguro social

Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino

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

Le agradecemos que responda las siguientes preguntas sobre su actual estado de salud y bienestar. (Aunque ya haya completado una encuesta similar anteriormente, es importante que complete esta ya que algunas preguntas han sido modificadas). Sin embargo, no es obligatorio que complete la encuesta ni su decisión afectará su elegibilidad para ser inscripto en PACE/PACENET. Toda la información es confidencial y será utilizada para la investigación sobre las necesidades de los inscriptos en PACE/PACENET únicamente. Sus respuestas son importantes dado que nos ayudan a mejorar nuestros servicios de salud y los beneficios para usted y los adultos mayores de Pensilvania.

- ¿Las preguntas de esta encuesta las está respondiendo el solicitante de PACE/PACENET u otra persona está respondiendo por él?  
 1. Yo soy el solicitante mencionado arriba y estoy respondiendo estas preguntas.  
 2. Yo estoy ayudando al solicitante, el cual participa de las respuestas.  
 3. Yo estoy respondiendo las preguntas en nombre del solicitante, el cual no participa de las respuestas.
- Si usted no es el solicitante de PACE/PACENET, ¿cuál es su relación con el solicitante?  
 a. Cónyuge O pareja     b. Hijo o Hija     c. Otro Pariente     d. Amigo o vecino     e. Proveedor De salud     f. Otro
- Podría decir que en general su estado de salud es:  
 1. Excelente     2. Muy bueno     3. Bueno     4. Regular     5. Malo
- Pensando en su salud física, que incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿cuántos días durante los últimos 30 días usted diría que su estado de salud física no fue bueno?  
\_\_\_\_\_ días (Si la respuesta es ninguno, indique cero.)
- Pensando en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos 30 días usted diría que su estado de salud mental no fue bueno?  
\_\_\_\_\_ días (Si la respuesta es ninguno, indique cero.)
- Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usted no pudo realizar actividades de rutina, como por ejemplo cuidado personal, trabajo o recreación, a causa de su mal estado de salud física o mental?  
\_\_\_\_\_ días (Si la respuesta es ninguno, indique cero.)
- Si se compara con otras personas de su edad, ¿cómo describiría su estado de salud física?  
 1. Excelente     2. Muy bueno     3. Bueno     4. Regular     5. Malo
- En general, ¿cuánto ha cambiado su salud durante el último año?  
 1. Mucho peor     2. Empeoró un poco     3. Mas o menos igual     4. Mejoró un poco     5. Mejoró mucho
- Aproximadamente, ¿cuál es su altura y peso?    Altura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas    Peso: \_\_\_\_\_ libras
- ¿Cuál es su nivel de educación? Escriba el nivel más alto que completó. \_\_\_\_\_
- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces prefirió no encargar una receta porque era demasiado cara?  
 a. Ninguna.     b. 1 vez.     c. 2 veces.     d. de 3 a 5 veces.     e. de 6 a 9 veces.     f. 10 veces o más.

CONTINÚE AL DORSO

12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho algo de lo siguiente?

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Saltar dosis de un medicamento para que la receta dure más.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| b. Gastar menos en alimentos, calefacción u otras necesidades básicas para tener dinero suficiente para sus medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| c. Recibir ayuda de un familiar o amigo para pagar sus medicamentos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| d. Recibir muestras gratis de medicamentos de un doctor.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| e. Evitar ir al doctor porque le preocupaba el costo de los medicamentos recetados.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |

13. ¿Tiene dificultades para leer o comprender las instrucciones de los medicamentos que le da el médico o farmacéutico?

- 1.No, no tengo dificultades para leer ni comprender las instrucciones de mis medicamentos.
- 2.Sí, a veces tengo dificultades.

Si respondió «sí», ¿qué tipo de dificultades? Marque todas las opciones que correspondan.

- a. Dificultades de visión (por ejemplo, para leer letra pequeña).
- b. Dificultades de lectura (por ejemplo, para comprender palabras).
- c. Dificultades porque las instrucciones están en inglés que no es mi lengua materna.
- d. Otras dificultades (describalas brevemente) \_\_\_\_\_

14. En caso de necesitarlo, ¿hay algún amigo o familiar que pueda ayudarlo a leer y comprender las etiquetas de las cajas de los medicamentos y las instrucciones del médico o farmacéutico?

1. Si                       2. No                       3. No estoy seguro

Las próximas preguntas son sobre experiencias que haya tenido con un plan de medicamentos recetados de Medicare. Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y también inscribirse en PACE/PACENET. (Sus respuestas no afectarán sus beneficios de Medicare ni de PACE/PACENET).

15. ¿Alguna vez se inscribió en un plan de medicamentos recetados de Medicare?     1. Sí     2. No

16. Si respondió «sí», ¿sigue inscripto?     1. Sí     2. No     3. No estoy seguro

17. Las siguientes afirmaciones pueden describir, o no, sus percepciones respecto al plan de medicamentos recetados de Medicare en el que está o estuvo recientemente inscripto. Para cada afirmación, por favor indique su nivel de acuerdo o en desacuerdo.

- |   | Muy de acuerdo           | Mas o menos de acuerdo   | Mas o menos en desacuerdo | Muy en desacuerdo        |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a. La prima mensual de mi plan era asequible                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| b. Los deducibles anuales eran razonables                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| c. Los copagos eran asequibles                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| d. Los gastos de bolsillo totales eran razonables                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi plan cubría todos los medicamentos que me recetó el médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi plan era práctico para usar.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| g. Entendía cómo funcionaba mi plan y cómo utilizarlo.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**MUCHAS GRACIAS. SUS RESPUESTAS NOS AYUDARÁN A MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y BENEFICIOS PARA LOS ADULTOS MAYORES DE PENNSILVANIA.**

# Encuesta sobre salud y bienestar para cónyuges

## Si el cónyuge también está presentando su solicitud para PACE/PACENET

### Número de seguro social

Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino

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

Le agradecemos que responda las siguientes preguntas sobre su actual estado de salud y bienestar. (Aunque ya haya completado una encuesta similar anteriormente, es importante que complete esta ya que algunas preguntas han sido modificadas). Sin embargo, no es obligatorio que complete la encuesta ni su decisión afectará su elegibilidad para ser inscripto en PACE/PACENET. Toda la información es confidencial y será utilizada para la investigación sobre las necesidades de los inscriptos en PACE/PACENET únicamente. Sus respuestas son importantes dado que nos ayudan a mejorar nuestros servicios de salud y los beneficios para usted y los adultos mayores de Pensilvania.

- ¿Las preguntas de esta encuesta las está respondiendo el solicitante de PACE/PACENET u otra persona está respondiendo por él?  
 1. Yo soy el solicitante mencionado arriba y estoy respondiendo estas preguntas.  
 2. Yo estoy ayudando al solicitante, el cual participa de las respuestas.  
 3. Yo estoy respondiendo las preguntas en nombre del solicitante, el cual no participa de las respuestas.
- Si usted no es el solicitante de PACE/PACENET, ¿cuál es su relación con el solicitante?  
 a. Cónyuge O     b.Hijo o Hija     c. Otro     d. Amigo o     e. Proveedor     f. Otro  
pareja                      Pariente                      vecino                      De salud
- Podría decir que en general su estado de salud es:  
 1. Excelente     2. Muy bueno     3. Bueno     4. Regular     5.Malo
- Pensando en su salud física, que incluye enfermedades y lesiones físicas, ¿cuántos días durante los últimos 30 días usted diría que su estado de salud física no fue bueno?  
\_\_\_\_\_ días (Si la respuesta es ninguno, indique cero.)
- Pensando en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos 30 días usted diría que su estado de salud mental no fue bueno?  
\_\_\_\_\_ días (Si la respuesta es ninguno, indique cero.)
- Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usted no pudo realizar actividades de rutina, como por ejemplo cuidado personal, trabajo o recreación, a causa de su mal estado de salud física o mental?  
\_\_\_\_\_ días (Si la respuesta es ninguno, indique cero.)
- Si se compara con otras personas de su edad, ¿cómo describiría su estado de salud física?  
 1. Excelente     2. Muy bueno     3. Bueno     4. Regular     5. Malo
- En general, ¿cuánto ha cambiado su salud durante el último año?  
 1. Mucho peor     2. Empeoró un poco     3. Mas o menos igual     4. Mejoró un poco     5.Mejoró mucho
- Aproximadamente, ¿cuál es su altura y peso?                      Altura:\_\_\_\_\_pies\_\_\_\_\_pulgadas                      Peso:\_\_\_\_\_libras
- ¿Cuál es su nivel de educación? Escriba el nivel más alto que completó. \_\_\_\_\_
- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces prefirió no encargar una receta porque era demasiado cara?  
 a. Ninguna.                       b. 1 vez.                       c. 2 veces.                       d. de 3 a 5 veces.                       e. de 6 a 9 veces.                       f. 10 veces o más.

**CONTINÚE AL DORSO**

12. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hecho algo de lo siguiente?

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Saltear dosis de un medicamento para que la receta dure más.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| b. Gastar menos en alimentos, calefacción u otras necesidades básicas para tener dinero suficiente para sus medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| c. Recibir ayuda de un familiar o amigo para pagar sus medicamentos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| d. Recibir muestras gratis de medicamentos de un doctor.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |
| e. Evitar ir al doctor porque le preocupaba el costo de los medicamentos recetados.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. Sí, con frecuencia    | 2. Sí, a veces           | 3. No, nunca             |

13. ¿Tiene dificultades para leer o comprender las instrucciones de los medicamentos que le da el médico o farmacéutico?

1. No, no tengo dificultades para leer ni comprender las instrucciones de mis medicamentos.
2. Sí, a veces tengo dificultades.

Si respondió «sí», ¿qué tipo de dificultades? Marque todas las opciones que correspondan.

- a. Dificultades de visión (por ejemplo, para leer letra pequeña).
- b. Dificultades de lectura (por ejemplo, para comprender palabras).
- c. Dificultades porque las instrucciones están en inglés que no es mi lengua materna.
- d. Otras dificultades (describalas brevemente) \_\_\_\_\_

14. En caso de necesitarlo, ¿hay algún amigo o familiar que pueda ayudarlo a leer y comprender las etiquetas de las cajas de los medicamentos y las instrucciones del médico o farmacéutico?

1. Si                       2. No                       3. No estoy seguro

Las próximas preguntas son sobre experiencias que haya tenido con un plan de medicamentos recetados de Medicare. Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y también inscribirse en PACE/PACENET. (Sus respuestas no afectarán sus beneficios de Medicare ni de PACE/PACENET).

15. ¿Alguna vez se inscribió en un plan de medicamentos recetados de Medicare?                       1. Sí                       2. No

16. Si respondió «sí», ¿sigue inscripto?                       1. Sí                       2. No                       3. No estoy seguro

17. Las siguientes afirmaciones pueden describir, o no, sus percepciones respecto al plan de medicamentos recetados de Medicare en el que está o estuvo recientemente inscripto. Para cada afirmación, por favor indique su nivel de acuerdo o en desacuerdo.

- |   | Muy de acuerdo           | Mas o menos de acuerdo   | Mas o menos en desacuerdo | Muy en desacuerdo o      |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a. La prima mensual de mi plan era asequible                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| b. Los deducibles anuales eran razonables                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| c. Los copagos eran asequibles                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| d. Los gastos de bolsillo totales eran razonables                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| e. Mi plan cubría todos los medicamentos que me recetó el médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi plan era práctico para usar.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| g. Entendía cómo funcionaba mi plan y cómo utilizarlo.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**MUCHAS GRACIAS. SUS RESPUESTAS NOS AYUDARÁN A MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y BENEFICIOS PARA LOS ADULTOS MAYORES DE PENNSILVANIA.**



# FORMULARIO DE SALUD Y RECETAS MÉDICAS DE PACE/PACENET

Entregue este formulario completo e incluya una fotocopia de cualquier carné de seguro médico o de cobertura de medicamentos junto con su solicitud de PACE/PACENET.

**Nombre del solicitante:**

**Número de seguro social:**

## Sección A

### Otra cobertura de medicamentos del solicitante

¿Tiene alguna otra cobertura de medicamentos?  Si  No

¿Es una cobertura jubilatoria/de empleador/sindical?  Si  No

¿Es una cobertura acreditable? .....  Si  No

¿En su carné dice algo de lo siguiente?

- MedicareRX  Tricare  
 Tarjeta de descuento  Veteranos  
 PDP  Tarjeta de acceso

### Información de cobertura de medicamentos

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO RXPCN: \_\_\_\_\_

NÚMERO RXBIN: \_\_\_\_\_

NÚMERO RXGRP: \_\_\_\_\_

NÚMERO CMS: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

**Nombre del cónyuge:**

**Número de seguro social:**

## Sección B

### Otra cobertura de medicamentos del cónyuge

¿Tiene alguna otra cobertura de medicamentos?  Si  No

¿Es una cobertura jubilatoria/de empleador/sindical?  Si  No

¿Es una cobertura acreditable?.....  Si  No

¿En su carné dice algo de lo siguiente?

- MedicareRX  Tricare  
 Tarjeta de descuento  Veteranos  
 PDP  Tarjeta de acceso

### Información de cobertura de medicamentos

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO RXPCN: \_\_\_\_\_

NÚMERO RXBIN: \_\_\_\_\_

NÚMERO RXGRP: \_\_\_\_\_

NÚMERO CMS: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

## Otro seguro médico del solicitante

¿Tiene algún otro seguro médico? .....  Si  No

¿Es una cobertura jubilatoria/de empleador/sindical?  Si  No

¿En su carné dice algo de lo siguiente?

- Tarjeta de descuentos  PFFS  Veteranos  
 HMO  SNP  Tricare  
 PPO  Tarjeta de acceso

### Información de cobertura médica

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO PCN: \_\_\_\_\_

NÚMERO BIN: \_\_\_\_\_

NÚMERO GRP: \_\_\_\_\_

NÚMERO CMS: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_

## Otro seguro médico del cónyuge

¿Tiene algún otro seguro médico? .....  Si  No

¿Es una cobertura jubilatoria/de empleador/sindical?  Si  No

¿En su carné dice algo de lo siguiente?

- Tarjeta de descuentos  PFFS  Veteranos  
 HMO  SNP  Tricare  
 PPO  Tarjeta de acceso

### Información de cobertura médica

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO PCN: \_\_\_\_\_

NÚMERO BIN: \_\_\_\_\_

NÚMERO GRP: \_\_\_\_\_

NÚMERO CMS: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_

## **DECLARACIONES DE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

### **Lea detenidamente esta información.**

Entiendo que al firmar esta solicitud indico estar de acuerdo con las siguientes disposiciones:

- A.** Autorizo al Departamento de Adultos Mayores a compartir, a su criterio, cualquier información de mi archivo de PACE según lo crea conveniente. Autorizo la divulgación de dicha información.
- B.** Entiendo que PACE puede proporcionar mi información general, incluidas declaraciones sobre medicamentos y datos utilizables, a fuentes externas con fines de investigación, según lo crea conveniente el Departamento.
- C.** Mediante la presente cedo a la Mancomunidad de Pensilvania, en caso de pago duplicado o sobrepago, todo derecho a beneficios de medicamentos que me corresponda en virtud de cualquier otro plan de ayuda gubernamental o proveniente de cualquier tercera parte aseguradora con fines de lucro.
- D.** Mediante la presente renuncio a la confidencialidad de toda información de salud que se encuentre en cualquier plan Medicare Advantage (HMO), en el archivo del asegurador de un tercero o a toda información que se encuentre en otra fuente de servicio de salud sobre mis medicamentos, como lo demuestra mi firma en esta solicitud. Autorizo la divulgación de esta información para ser utilizada de acuerdo con lo previsto en esta solicitud. Entiendo que PACE puede contactar a mi médico para tener acceso a mi historial clínico e información relacionada con mis medicamentos recetados pagados por PACE. Renuncio a la confidencialidad de dichos registros médicos y autorizo a que sean compartidos con el programa PACE.
- E.** Estoy de acuerdo con renunciar a cualquier pago proveniente de cualquier compañía aseguradora por cualquier monto que haya sido pagado por PACE a mi nombre.
- F.** Autorizo al Servicio de Rentas Internas, a la Administración del Seguro Social, a la Junta de Jubilación Ferroviaria, al Departamento de Recaudación de Impuestos y el Departamento de Transportes de Pensilvania, al Sistema de Jubilación de Empleados de Escuelas Públicas, al Sistema de Jubilación de Empleados Estatales, a cualquier otra agencia federal o estatal y a cualquier otra entidad o institución financiera o de otro tipo que tenga información sobre mis ingresos o recursos a compartir información con el programa PACE con el fin de verificar mi elegibilidad para el programa PACE o para el subsidio por bajos ingresos del beneficio federal de medicamentos recetados de Medicare. Se mantendrá la confidencialidad de toda información compartida con el Departamento para Adultos Mayores, de acuerdo con lo prescrito por la sección 3761-517(b) del estatuto 72 de Pensilvania (72 P.S. § 3761-517[b]).
- G.** Autorizo al Departamento para Adultos Mayores, o a su designado, a actuar como mi representante para determinar mi elegibilidad y para solicitar el subsidio por bajos ingresos del beneficio de medicamentos recetados de Medicare, de manera que se me inscriba en el plan de medicamentos recetados de Medicare más acorde a mis necesidades de recetas médicas, se maneje cualquier aspecto de la Parte D a mi nombre de acuerdo con la ley federal y, si estoy inscripto en PACE, se pague la prima del plan de medicamentos recetados de Medicare seleccionado que sea menor o igual a la prima de referencia regional.

Cuando el/los solicitante(s) hayan ejecutado un poder notarial o se les haya adjudicado incapacidad, el Departamento para Adultos Mayores aceptará al apoderado o al curador designado por un tribunal como el agente autorizado para documentar la inscripción. Se debe proporcionar la documentación del poder notarial o de la curatela.

**¿Necesita ayuda para completar esta solicitud?  
Comuníquese con los Servicios al Afiliado de PACE:  
1-800-225-7223**

**CORREO**  
**PACE/PACENET**  
**P.O. Box 8806**  
**Harrisburg, Pensilvania 17105-8806**

**FAX**  
**1-888-656-0372**

**SOLICITUS EN LINEA**  
<https://pacecares.magellanhealth.com>