

FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA LA PARTE D DE MEDICARE 2017

CLIENTES: por favor, llenen el siguiente formulario como preparación para su reunión con el abogado@.

Nombre en letra imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

FIRMA DEL CLIENTE: _____ Número del seguro social: ____-____-____

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad, estado: DC, MD, VA u otro) (Condado) (Código postal)

Teléfono: (casa) _____ (celular) _____

Correo electrónico: _____ ¿Está casado legalmente? sí no

Se identifica como Gay/Lesbiana Heterosexual Bisexual _____

Se identifica como Masculino Femenino Genderqueer/No binario _____

¿Cuál es su ingreso mensual total (incluyendo el de su cónyuge)? \$ _____

Fuente: SSI SSDI Jubilado del seguro social Empleado Otro _____

Indique cualquier activo (p. ej.: efectivo, cuenta corriente, ahorros, acciones, etc.) y su valor. \$ _____

¿Cuál es su número de Medicare?: ____-____-____-____

Parte A sí no Si es afirmativo, fecha efectiva: _____

Parte B sí no Si es afirmativo, fecha efectiva: _____

Parte D sí no Si es afirmativo, nombre del plan: _____

Medicare Advantage (HMO-Medicare) sí no Si es afirmativo, ¿cuál plan? _____

¿Tiene otro seguro de salud privado? sí no Si es afirmativo, ¿cuál plan? _____

ENUMERE SU FARMACIA Y SUS MEDICAMENTOS PRESCRITOS

¿Cuál farmacia (y ubicación) prefiere? _____

(¿Qué medicamentos toma o prevé tomar? Enumérelos a continuación O anexe una lista de su farmacia o médico/psiquiatra)

Nombre del medicamento prescrito	Dosis	Número de píldoras que ingiere diariamente

WEBSITE DRUG LIST ID: _____ PASSWORD DATE: _____

*Anexe una copia de su tarjeta de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul), de Medicaid (si aplica) y/o del programa del beneficiario calificado de Medicare ("QMB"), (si aplica)

Información de inscripción en el programa [SOLO para personal de WWH]

¿Medicaid? sí no n/a Fecha de recertificación: _____ ¿Se reunió con PBIN? sí no n/a

¿QMB? sí no n/a Fecha de recertificación: _____ Si es afirmativo, ¿cuándo? _____

¿LIS? sí no n/a

¿ADAP? sí no n/a Fecha de recertificación: _____ Firma del PBIN _____

Intake Received: _____

Anticipated Clinic Date or phone: _____

Analysis Completed and closed _____

Legal Server #: _____

Admin Sign-off

SOLO para uso interno del Whimian-Walker Health (WWH)

SOLO PARA SER LLENADO POR EL ABOGADO

Volunteer Name: _____ **Phone:** _____
Law Firm: _____ **E-mail:** _____
Today's Date: _____

Action Taken by Volunteer Attorney or WWH Staff:

1. How did you assist the client? In-person Telephone
2. On the medicare.gov website, I have conducted a personalized or a generalized plan search.
3. Create a medications list, or confirm the existing drug list with the client.
The password should always be changed to the client's date of birth.
4. I printed the plan details for the client's current/default plan for 2018; or
 The client's 2017 plan has been discontinued for 2018 (and no default plan was listed).
5. Complete the plan analysis. Be sure to consider the monthly premium (\$0 for LIS, preferably), annual drug cost, drug restrictions, and pharmacy network for the client.

Summarize your findings and analysis

2018 Plan Recommendation: _____
Current/default plan: Monthly Premium Amount \$ _____ New plan: Monthly Premium Amount \$ _____
Current/default plan: Annual Retail Drug Cost 2018 \$ _____ New plan: Annual Retail Drug Cost 2018 \$ _____
 I have attached the plan details for the recommended plan for 2018, including any drug restriction details.

6. Did you need to call the plan? Yes No
If yes, why? _____
Number called _____ Name of service representative _____
7. Review your plan recommendation with a supervisor. **Supervisor Initials** _____
8. Did you enroll the beneficiary in a plan? Yes No Enrollment Date: _____
If yes, was it the recommended plan? Yes No, why? _____
Did the client change plans? If so, why? _____
 I printed a copy of the enrollment grid containing the client's personal information.
 I printed a copy of the "Enrollment Successful" confirmation page.
If no:
 I counseled the client to stay in the current/default plan for 2018.
 There is follow-up required for this plan analysis, as follows:

9. Please provide your client a take-away form and copies of the plan details/enrollment.
 I gave the client a copy of the take-away form, plan details, and enrollment confirmation.
 I attached a copy of the take-away form, plan details, and enrollment confirmation to this intake for WWH.

Follow-Up Action Provided by: _____ Date: _____
Any other action taken? Yes No If yes, please describe below.