

APLICACIÓN DE RIPAE

Por favor, imprime claramente. (*) significa información requerida - Nuevo _____ Redeterminación _____

*Apellido _____ *Nombre _____ Inicial _____

*Género: Masculino _____ Femenino _____ Otro _____ *Estado civil: Soltero _____ Casados _____ Viuda _____
Divorciados _____

*Dirección de residente (calle, apartado postal o número de ruta):

*Apartamento # (si procede) _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____

*Teléfono # _____ *Número de Seguridad Social de Solicitantes # _____

*Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año): _____

*¿Tienes cobertura para medicamentos con receta? (Medicare Parte D) Sí ☐ No ☐

*Nombre del plan _____

*Identificación del Plan Medicare Parte D # _____ Identificación de Medicare # _____

Por favor, revisa en círculo:

1. ¿Eres veterano? Sí ☐ No ☐

2. ¿Tienes una discapacidad? Sí ☐ No ☐

Raza/Etnia (opcional):

Blanco _____ Negro _____ Nativos americanos _____ Hispano _____ Asiático _____ Otro _____ Sin respuesta _____

Tipo de residencia (opcional):

Comunidad _____ Vivienda subvencionada _____ Residencia asistida _____ Residencia/Res. Cuidado _____ Otro _____



Daniel McKee
Gobernador
Maria Cimini
Directora

CERTIFICADO Y AUTORIZACIÓN:

1. Autorizo a la Oficina de Envejecimiento Saludable (OHA) a verificar la información de esta solicitud contactando con empleadores y/o agencias correspondientes.
2. Autorizo a la OHA a visitar mi residencia, con un preaviso razonable previo hacia mí, con el fin de validar la información proporcionada en esta solicitud o cualquier reclamación presentada bajo la solicitud de RIPAE.
3. Por el presente renuncio a la confidencialidad de la información encontrada en el expediente de cualquier aseguradora externa, como lo atestigua mi firma en esta solicitud.
4. Entiendo que cualquier persona que presente una reclamación falsa o fraudulenta de RIPAE, que ayude y favorezca a otra en la presentación de una reclamación falsa o fraudulenta, o que reclame y reciba beneficios duplicados, es castigada y puede ser procesada bajo las disposiciones de la ley RIPAE. Cualquier persona que sea declarada culpable de violar intencionadamente las disposiciones del programa RIPAE estará sujeta a terminación inmediata del programa por un periodo no inferior a un (1) año.
5. Entiendo que todas las acciones de la OHA contra el solicitante relacionadas con el proceso de solicitud están sujetas al derecho de apelación conforme a las disposiciones del Capítulo 42-66.2 de las Leyes Generales del Estado de Rhode Island.
6. Entiendo que si estoy inscrito en el programa estatal de Medicaid, ya no soy elegible para el programa RIPAE y me eliminarán.
7. AL FIRMAR, RECONOZCO QUE HE LEÍDO LA SOLICITUD Y LA AUTORIZACIÓN Y ACEPTO LOS TÉRMINOS TAL COMO SE INDICAN.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____ **Tel:** _____

Firma del preparador: _____ **Fecha:** _____ **Tel:** _____

Firma del revisor de la OHA: _____ **Fecha:** _____ **Tel:** _____



Daniel McKee
Gobernador
Maria Cimini
Directora

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD RIPAE, POR FAVOR CONTACTE CON LA CONSEJERA DE INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS, WENDY HEUGAS, EN EL 401-444-0659.

SI TIENES DIFICULTADES PARA ENTENDER ESTE FORMULARIO, POR FAVOR LLAMA A OHA AL 401-462-3000. (Los usuarios de TTY pueden llamar a RI Relay vía 71).

SI-USTED PROBLEMAS PARA ENTENDER ESTE FORMULARIO, POR FAVOR LLAME A OHA, 401-462-3000. (Los usuarios de TTY pueden llamar a RI Relay vía 711).

SI VOCE TEM PROBLEMAS A COMPENDER ESTE FORMULARIO, POR FAVOR CHAMA OHA A 401-462-3000. (Los usuarios de TTY pueden llamar a RI Relay vía 711).

***Al presentar una solicitud RIPAE debes asegurarte de incluir TODA la documentación requerida con la entrega. Si no presentas toda la documentación requerida, tu solicitud se considerará incompleta y no se tramitará. Todos los formularios y documentación deben enviarse a:**

**Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island
Atención: Programa RIPAE
Louis Pasteur Building
25 Howard Ave, Building 57
Cranston, RI 02920**

*******PARAR, NO RELLENAR*******

Solo para uso en la Oficina OHA:

Verificación de edad (Fuente) _____
Verificación de dirección (Fuente) _____
Declaración de impuestos federal _____ Declaración de impuestos estatales _____
Año de declaración de los impuestos _____
Extracto bancario (Nombre del banco) _____ Fecha de declaración _____
Prestación de pensión (Fuente) _____ Fecha de declaración _____
Distribución de IRA (Fuente) _____ Fecha de declaración _____
Ingreso total contabilizable _____ Inscripción en la Parte D: Si _____ No _____
“Ayuda extra” carta enviada? Si _____ No _____
Grupo de Elegibilidad de RIPAE#: RD8018 _____ RD8019 _____ RD8020 _____ RD8021 _____ RL8018 _____

Documentación requerida para la solicitud RIPAE

***Por favor, tenga en cuenta: Toda la documentación requerida debe ser una copia y no el documento original. Estos documentos no serán devueltos.**

Cualquiera de los siguientes para documentar la antigüedad:	○ Permiso de conducir de Rhode Island ○ Tarjeta de identificación de RI ○ Certificado de nacimiento ○ Impresión de farmacia con fecha de nacimiento ○ Sello
Prueba del plan de Medicare Parte D	○ Debes proporcionar una copia de la tarjeta del plan
Una copia de todos los ingresos. Cualquier listado u verificación de una agencia u organización de la derecha constituirá documentación aceptable de ingresos: *Por favor, tenga en cuenta: Si sus ingresos están por debajo de los siguientes límites de ingresos/recursos, debe solicitar el Programa de Ayuda Extra de la Seguridad Social: Soltero: \$24,180 ingresos / \$16,590 recursos Casados: \$32,700 ingresos / \$33,100 recursos	○ Declaración de la Renta Federal ○ Documento de Ingresos de la Seguridad Social (Carta de Concesión) ○ Ingresos por empleo: formulario W-2, recibos de nómina con el total acumulado del año ○ TDI/Compensación laboral ○ Prestaciones por desempleo ○ Pensión alimenticia o manutención ○ Beneficios de pensión (beneficios para veteranos, etc.) una carta de concesión actual o de años anteriores ○ TANF (Ayuda Temporal a Familias Necesitadas) /GPA (Asistencia Pública General) ○ Ingresos por intereses ○ Formulario de interés W-9 ○ Ingresos por alquiler ○ Ingresos por Trabajo Independiente
Cualquiera de los siguientes para Documentar la Residencia en Rhode Island	○ Permiso de conducir de Rhode Island ○ Tarjeta de identificación de RI ○ Registro del vehículo ○ Cualquier otro documento oficial que indique la permanencia de los solicitantes residencia.
Tarjeta de Medicare	○ Debe proporcionar una copia para



Daniel McKee
Gobernador
Maria Cimini
Directora

	verificar la elegibilidad
Tarjeta de la Seguridad Social	○ Debe proporcionar una copia para verificar la identidad