OHIO'S BEST Rx

Ted Strickland, Governor

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
No hay cargos por presentar la solicitud

Para asistencia adicional, comuníquese con nosotros al teléfono 1-866-923-7879 (866-9BESTRX), TTY 1-866-763-9630 o visite nuestro sitio web, www.ohiobestrx.org.

Por favor Impresión y uso Entintan

- Rellene una solicitud por persona o familia (una familia puede ser una pareja, una pareja con niños o un adulto con niños)

Primer Paso: ¿Cuántas personas integran su familia? ____ Incluya a todos los miembros de su familia que se inscriben:				
Nombre	Apellido	Relación: **Usted**	Fecha de Nacimiento ___|____|____ MM DD AAAA	Sexo M F
Nombre	Apellidos	Relación: **Cónyuge**	Fecha de Nacimiento ___|____|____ MM DD AAAA	Sexo M F
Nombre	Apellido	Relación: **Hijo/a**	Fecha de Nacimiento ___|____|____ MM DD AAAA	Sexo M F
Nombre	Apellido	Relación: **Hijo/a**	Fecha de Nacimiento ___|____|____ MM DD AAAA	Sexo M F
Nombre	Apellido	Relación: **Hijo/a**	Fecha de Nacimiento ___|____|____ MM DD AAAA	Sexo M F
Para incluir más hijos, indique los datos en una hoja separada y adjúntela a este formulario.				

- El/los interesado/s(s) deben residir en Ohio; si se inscriben como familia, todos los miembros deben residir en el mismo domicilio.

Segundo Paso: ¿Cuál es su domicilio?		
Dirección		Ciudad
Estado **OHIO**	Código Postal	Número de Teléfono: ( )

- El o los solicitantes(s) no podrán contar con cobertura de medicamentos recetados (se incluyen seguros de terceros, otorgados por empleador o compañía de seguros, Medicaid, ayuda por discapacidad o seguro de salud para niños).

Tercer Paso: ¿Tiene cobertura de medicamentos recetados?
❑ Ninguno de los interesados en este programa cuenta actualmente o ha tenido cobertura de medicamentos recetados en los últimos 4 meses.
❑ Alguna de las personas que solicitan el programa tuvieron cobertura de medicamentos recetados en los últimos cuatro meses, aunque: ❑ La/s persona/s con cobertura es mayor de 60 años ❑ La compañía de seguros que proveía esta cobertura se presentó en quiebra ❑ La/s persona/s ya no tiene/n derecho a recibir cobertura a través de un plan de jubilación ❑ La/s persona/s no tiene ya derecho a recibir Medicare, asistencia médica por discapacidad o seguro de salud para niños

RELLENE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Nota: Si todos los solicitantes son mayores de 60 años, no complete el Cuarto Paso.

- Si es menor de 60 años, los ingresos de la familia, mensuales o anuales, no deben ser superiores a las cantidades máximas que se indican en el cuadro siguiente. Los ingresos máximos están basados en la cantidad total de miembros de la familia, no sólo los que se incluyen en esta solicitud.

1 persona	2 personas	3 personas	4 personas
$31,200/al año $2,600/al mes	$42,000/al año $3,500/al mes	$52,800/al año $4,400/al mes	$63,600/al año $5,300/al mes

5 personas	6 personas	7 personas	8 personas
$74,400/al año $6,200/al mes	$85,200/al año $7,100/al mes	$96,000/al año $8,000/al mes	$106,800/al año $8,900/al mes

Cuarto Paso: ¿Cuál es el ingreso de cada miembro adulto de la familia?

	Ingreso anual	o	Últimos. 3 meses	
Usted:	$		$	
Cónyuge: (aún si el cónyuge no solicite Ohio Best Rx)	$		$	
Hijo/a mayor de 18 (si está incluido en la solicitud)**:**	$		$	
Hijo/a mayor de 18 (si está incluido en la solicitud)**:**	$		$	

Los ingresos deben incluir pensión alimenticia [alimony], intereses percibidos en cuentas bancarias e ingresos por propiedades o de otra índole.

USTED DEBERÁ FIRMAR ESTA SOLICITUD PARA OHIO'S BEST RX

Afirmación

Afirmo que la información y toda documentación provista en esta solicitud es verdadera, completa y exacta según mi mejor saber y entender

Si firmo en representación del solicitante, afirmo también que estoy autorizado(a) para hacerlo.

IMPORTANTE: Hacer declaraciones falsas a sabiendas en este formulario, es considerado falsificación, un delito menor de tercer grado.

_____ **Fecha** _____
Firma o impresión del Solicitante

_____ **Fecha** _____
Firma del Representante (si corresponde)

Número de Teléfono del Representante: _____

Firma del Representante = ❑Tutor Legal o ❑ Representante Autorizado

La firma autoriza a dar a conocer la información y la inscripción al Programa

SI ENVÍA LA SOLICITUD VÍA FAX, DEBE ENVIAR AMBOS LADOS AL 1-877-923-7879
PO Box 408 Twinsburg, OH 44087-0408