

# SOLICITUD DE REDUCCIÓN DEBIDO A DIFICULTADA ECONÓMICA

TO: 791A DDD

Núm. de cuenta de DES \_\_\_\_\_

1. Miembro (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono (*Con código de área*) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del miembro (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

2. Nombre de la persona responsable (*Si es diferente al anterior*) \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono (*Con código de área*) \_\_\_\_\_ Padre del menor Tutor legal

Dirección de la persona responsable (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

3. Nombre del representante del beneficiario (*Si es diferente al anterior*) \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono (*Con código de área*) \_\_\_\_\_

Dirección del representante (*Núm., Calle*) (*Si es diferente a la anterior*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

4. Fuente de ingresos mensuales (*Marque todas las casillas correspondientes*)

Cant. de SSI \$ \_\_\_\_\_ Cant. de SSA \$ \_\_\_\_\_ Cant. de VA \$ \_\_\_\_\_ Cant. de ingresos \$ \_\_\_\_\_

Cant. de trabajo por sí mismo \$ \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

Total de ingreso anual bruto \$ \_\_\_\_\_ Recursos actuales/Saldo de ahorros \$ \_\_\_\_\_

Cantidad solicitada por dificultad económica \$ \_\_\_\_\_ Plan de Medicare Advantage Sí No

## 5. Razón por la dificultad económica

Copagos de Medicare Part D para medicamentos recetados.

Costos ordenados por el tribunal de compensación, sustento para menores o manutención conyugal.

Plan funerario o de cremación pagado por adelantado.

Circunstancias extraordinarias relacionadas con la salud y la seguridad.

Servicios proporcionados por y artículos recetados por un profesional médico autorizado.

## 6. Anote la verificación adjunta

Comentarios adicionales

<p><b>Adjunte una copia actual de lo siguiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Plan de gasto individual</li> <li>Documentación para respaldar la razón de dificultad por la que ha solicitado</li> <li>Contribuciones del miembro, pariente u organización (<i>incluya solicitudes o cartas de denegación que demuestran intentos de solicitar asistencia adicional</i>)</li> </ol>	<p><b>DEVUELVA EL FORMULARIO LLENADO CON VERIFICACIÓN A:</b></p> <p>DES/DDD Business Operations P.O. Box 6123, Mail Drop 2HC2 Phoenix, Arizona 85005 FAX: 602-542-3396. Correo electrónico: <a href="mailto:DDDCORRBHSBilling@azdes.gov">DDDCORRBHSBilling@azdes.gov</a></p>
---	--

7. Firma del miembro o representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Vea al reverso para leer la declaración de EOE/ADA

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office