



March 1, 2022

Re: Medicare Part A coverage

Dear Gold Coast Health Plan Member,

Our records show that you have Medicare Part B coverage, but you do not have Medicare Part A coverage.

Medicare Part A offers coverage for:

- Inpatient hospital care.
- Skilled nursing facility care.
- Hospice services or home health care.

You may be eligible for free Medicare Part A if you are a citizen or a permanent resident of the United States and have met at least one of the following conditions:

- Worked at least 10 years and paid into Social Security
- Are 65 years of age or older
- Are younger than 65 years with a disability and or End Stage Renal Disease (ESRD)
- Get Social Security benefits and have amyotrophic lateral sclerosis (Lou Gehrig's) disease
- Are a Railroad Retiree or are receiving Black Lung Benefits

Please fill out the enclosed form and send it back to GCHP in the enclosed envelope. GCHP will send your completed form to the Social Security office. Social Security will contact you if they need more information. They will review it to see if you are eligible for free Medicare Part A coverage. If you are not eligible for free coverage, you will not be required to take Medicare Part A coverage.

For assistance from the Social Security Administration, call 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778. For more information about Medicare, visit the Medicare website at **[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)**.

Wishing you good health,

Gold Coast Health Plan  
Member Services Department

**SUPPLEMENTAL  
APPLICATION FOR HOSPITAL INSURANCE**

(This application form may also be used to  
enroll in Supplementary Medical Insurance)

(DO NOT WRITE IN THIS SPACE)

I apply for entitlement to Medicare's hospital insurance under part A of title XVIII of the Social Security Act, as presently amended, and for any cash benefits to which I may be entitled under title II of that Act.

1.	(a) Print your name <span style="float: right;">→</span> (b) Enter your name at birth if different from 1 (a) <span style="float: right;">→</span> (c) Enter your sex (check one) <span style="float: right;">→</span>	(First name, middle initial, last name)   <input type="checkbox"/> Male <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Female</span>																																									
2.	Enter your Social Security Number <span style="float: right;">→</span>	_____ / _____ / _____																																									
3.	Are you a resident of the United States? <span style="float: right;">→</span> <i>(To reside in a place means to make a home there.)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> No</span>																																									
4.	(a) Are you a citizen of the United States? <span style="float: right;">→</span> <i>(if "Yes," go on to item 5.) (if "NO" answer (b) and (c) below.)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> No</span>																																									
	(b) Are you lawfully admitted for permanent residence in the United States? <span style="float: right;">→</span>	<input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> No</span>																																									
(C) Enter below the information requested about your place of residence in the last 5 years:																																											
ADDRESS AT WHICH YOU RESIDED IN THE LAST 5 YEARS (Begin with the most recent address. Show actual date residence began even if that is prior to the last 5 years)																																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 60%;"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">DATE RESIDENCE BEGAN</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">DATE RESIDENCE ENDED</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Month</th> <th style="text-align: center;">Day</th> <th style="text-align: center;">Year</th> <th style="text-align: center;">Month</th> <th style="text-align: center;">Day</th> <th style="text-align: center;">Year</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>				DATE RESIDENCE BEGAN			DATE RESIDENCE ENDED			Month	Day	Year	Month	Day	Year																												
	DATE RESIDENCE BEGAN			DATE RESIDENCE ENDED																																							
	Month	Day	Year	Month	Day	Year																																					
(If you need more space, use the "Remarks" space on the reverse side)																																											
5.	Are you currently married? <span style="float: right;">→</span> (If "Yes," give the following information about your current marriage.) (If "No" go on to item 6.)	<input type="checkbox"/> Yes <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> No</span>																																									
YOUR CURRENT MARRIAGE	To whom married (Enter your wife's maiden name or your husband's name)	When (Month, day, year)																																									
	Spouse's date of birth (or age)	Spouse's Social Security Number (if none or unknown, so indicate)  _____ / _____ / _____																																									

**ADDITIONAL MARRIAGES, PLEASE PROVIDE IN REMARKS.**

6.	<b>DO YOU WISH TO ENROLL FOR SUPPLEMENTARY MEDICAL INSURANCE?</b> →  <i>(Enrollees for premium hospital insurance must simultaneously enroll for medical insurance)</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Currently Enrolled
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Remarks:**

I WISH TO FILE FOR HOSPITAL INSURANCE UNDER MEDICARE PART A ON A MONTHLY PREMIUM BASIS ONLY IF I AM DETERMINED TO BE ELIGIBLE AS A QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB) AND THAT THE STATE WILL PAY MY PREMIUMS FOR ME. I ALSO UNDERSTAND THAT IF I LOSE MY QMB STATUS, I WILL HAVE TO PAY MY PREMIUMS IN ORDER TO KEEP MY MEDICARE HOSPITAL INSURANCE.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**I know that anyone who makes or causes to be made a false statement or representation of material fact in an application or for use in determining a right to payment under the Social Security Act commits a crime punishable under Federal law by fine, Imprisonment or both. I affirm that all information I have given in this document is true.**

SIGNATURE OF APPLICANT		Date (Month, day, year)
Signature (First name, middle initial, last name) (write in Ink) <b>SIGN ►</b> <b>HERE</b>		Telephone Number(s) at which you may be contacted during the day
Mailing address (Number and street, Apt. No., P.O. Box, or Rural Route)		
City and State	ZIP Code	Enter Name of County (if any) in which you now live
<i>Witnesses are required ONLY if this application has been signed by mark (X) above. If signed by mark (X), two witnesses to the signing who know the applicant must sign below, giving their full addresses.</i>		
1. Signature of Witness	2. Signature of Witness	
Address (Number and street, City, State, and ZIP Code)	Address (Number and street, City, State, and ZIP Code)	



01 de marzo de 2022

Asunto: Cobertura de Medicare Parte A

Estimado Miembro de Gold Coast Health Plan,

Nuestros expedientes indican que usted cuenta con la cobertura de Medicare Parte B pero que usted no cuenta con la cobertura de Medicare Parte A.

Medicare Parte A ofrece la cobertura de:

- Atención hospitalaria para paciente internado.
- Atención en centro de enfermería especializada.
- Servicios para enfermos terminales o atención médica a domicilio.

Usted puede ser elegible para recibir Medicare Parte A en forma gratuita si es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos y ha cumplido por lo menos una de las siguientes condiciones:

- Trabajó por lo menos 10 años y contribuyó al Seguro Social
- Tiene por lo menos 65 años de edad
- Es menor de 65 años con una discapacidad y/o tiene Enfermedad Renal en su Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)
- Recibe beneficios del Seguro Social y tiene Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig)
- Jubilado como Empleado Ferroviario o recibe beneficios por Pneumoconiosis o Enfermedad del Pulmón Negro

Por favor llene el formulario adjunto y devuélvalo a GCHP en el sobre incluido. GCHP enviará su forma ya completada a la oficina del Seguro Social. El Seguro Social se pondrá en contacto con usted si necesitan más información. Ellos lo examinarán para ver si usted es elegible para la cobertura gratuita de Medicare Parte A. Si usted no es elegible para la cobertura gratuita, no se requerirá que usted tome la cobertura de Medicare Parte A.

Para ayuda de la Administración del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778. Para mayor información sobre Medicare, visite su portal en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Deseándole buena salud,

Gold Coast Health Plan  
Departamento de Servicios a Miembros

**Favor de usar esta página solo para saber la traducción. DEBE llenar y ENTREGAR solamente las hojas IMPRESAS EN INGLÉS.**

**SOLICITUD SUPLEMENTAL DE SEGURO PARA HOSPITAL**

(Este formulario de solicitud puede también ser utilizado para inscribirse en el Seguro Médico Suplemental)

Solicito el Programa de Seguro por Derecho de Medicare bajo la sección A de la Ley del Seguro Social Título VXIII, según su enmienda actual, y también los beneficios en efectivo a los que pudiere tener derecho bajo el título II de esa Ley.

1.	(a) Nombre con letra de molde. →	(Nombre, inicial, apellido)
		<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
	(b) Nombre de nacimiento si es diferente al de 1 (a) →	
		<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
	(c) Anote su sexo (marque uno) →	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
2.	Anote su número de Seguro Social →	<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b> _____/_____/_____
3.	¿Es usted residente de los Estados Unidos? → (Residir en un lugar significa que ahí es su casa.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
4.	(a) ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? → (Si "Sí," pase al no. 5.) (si es "NO" conteste (b) y (c).)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
	(b) ¿Está usted legalmente admitido como residente permanente en los Estados Unidos? →	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
(C) A continuación indique lo que se le pregunta sobre donde ha vivido los últimos 5 años:		
DOMICILIO DONDE VIVIÓ EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (Comience con el domicilio más reciente. Indique la fecha real de cuando empezó a vivir ahí, aún si es antes de los últimos 5 años).		FECHA DE COMIENZO      FECHA FINAL
		mes    día    año    mes    día    año
<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>		XXXX    XXX    XXX    XXXX    XXX    XX
<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>		XXXX    XXX    XXX    XXXX    XXX    XX
<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>		XXXX    XXX    XXX    XXXX    XXX    XX
<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>		XXXX    XXX    XXX    XXXX    XXX    XX
(Si necesita más espacio, use el espacio de "Comentarios" al reverso)		
Su matrimonio actual	5. ¿Está casado en este momento? → (Si "Sí," de la siguiente información acerca de su matrimonio actual.) (Si "No" pase al punto 6.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
	Está casado con (Ponga el apellido de soltera de su esposa o el apellido de su esposo)	Fecha (mes, día, año) <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
	Fecha de nacimiento del cónyuge (o edad)	Número de Seguro Social del cónyuge (si no tiene o no lo sabe, indíquelo) <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b> _____/_____/_____

**Matrimonios adicionales, indíquelo en los Comentarios.**

6.	<b>¿DESEA INSCRIBIRSE PARA RECIBIR SEGURO MÉDICO SUPLEMENTAL?</b> →  <i>(Los afiliados al seguro premium de hospital deben inscribirse simultáneamente en el seguro médico)</i>	<input type="checkbox"/> Sí → <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Actualmente Inscrito
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Comentarios:**

DESEO SOLICITAR SEGURO DE HOSPITAL BAJO LA PARTE A DE MEDICARE PAGANDO PRIMAS

MENSUALES ÚNICAMENTE SI SE DETERMINA QUE SOY ELEGIBLE COMO BENEFICIARIO CALIFICADO DE

MEDICARE (QMB por sus siglas en inglés) Y QUE EL ESTADO PAGARÁ POR MIS PRIMAS POR MÍ. TAMBIÉN

ENTIENDO QUE SI PIERDO MI ESTADO COMO QMB, YO TENDRÉ QUE PAGAR MIS PRIMAS PARA PODER

CONSERVAR MI SEGURO DE HOSPITAL DE MEDICARE.

**Estoy consciente que cualquier persona que haga u ocasione que alguien haga una declaración o aseveración falsa sobre un asunto importante en una solicitud o para usarse al determinar el derecho al pago bajo la Ley del Seguro Social comete un delito punible bajo las leyes Federales con una multa, cárcel o ambos. Yo afirmo que toda la información que he dado en este documento es la verdad.**

FIRMA DEL SOLICITANTE		Fecha (Mes, día, año)
Firma (Nombre, inicial, apellido) (con tinta) <b>FIRMA ►</b> <b>FIRME EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>		<b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>  Números de teléfono en donde se le puede localizar durante el día. <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
Domicilio postal (Número y calle, No. de depto., P. O. Box, o Ruta Rural) <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>		
Ciudad y Estado <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>	Código Postal <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>	Anote el nombre del Condado en donde vive ahora <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>
<i>Se requieren testigos ÚNICAMENTE si esta solicitud se ha firmado con una letra (X) en el espacio anterior para firmas. Si lo firmó con una (X), tendrán que firmar dos testigos que conozcan al solicitante y dar sus domicilios completos.</i>		
1. Firma del testigo <b>FIRME EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>	2. Firma del testigo <b>FIRME EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>	
Dirección (Número y calle, Ciudad, Estado y Zona Postal) <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>	Dirección (Número y calle, Ciudad, Estado y Zona Postal) <b>RESPONDA EN EL FORMATO EN INGLÉS</b>	