

Solicitud para cobertura médica y ayuda para pagar los costos

COSAS QUE DEBE SABER



Use esta solicitud para ver a qué tipo de cobertura califica

- Planes de seguro médico privado a bajo precio que dan cobertura integral para ayudarlo a mantenerse sano
- Un nuevo crédito fiscal que puede ayudarlo de forma inmediata a pagar sus primas de cobertura médica
- Seguro gratis o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Puede presentar esta solicitud para usted mismo o cualquier familiar.
- **Incluso puede presentar la solicitud si usted o sus familiares ya tienen cobertura médica.** Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o gratis.
- Las familias que tengan inmigrantes pueden presentar su solicitud. Puede solicitar la cobertura para su hijo, aunque usted no sea elegible. Presentar la solicitud no afectará a su estatus migratorio ni a sus posibilidades de volverse residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo ayuda a completar esta solicitud, es posible que tenga que llenar el Apéndice C.



Presente su solicitud más rápido en línea

Presente su solicitud más rápido en línea en DSS.SD.gov/applyonline



Cosas que podría necesitar para completar su solicitud

- Su número de seguro social (o número de documento si es inmigrante elegible);
- Información del empleador e ingresos (por ejemplo, comprobantes de pago, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos);
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual;
- Información de cualquier seguro médico relacionado con el trabajo disponible para su familia.



¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos por sus ingresos y otros datos para que sepa para qué cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para pagarla.

Mantendremos toda la información que nos dé privada y segura según lo exige la ley. Para ver nuestro aviso de prácticas de privacidad, visite DSS.SD.gov/keyresources/hipaa/



¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a su oficina local del Departamento de Servicios Sociales. Puede encontrar su oficina en DSS.SD.gov/findyourlocaloffice/. **Si no tiene toda la información que pedimos, firme y envíe su solicitud de cualquier forma.** Nos comunicaremos con usted. Completar esta solicitud no significa que deba aceptar la cobertura médica.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** DSS.SD.gov
- **Teléfono:** Llame a su oficina local DSS.SD.gov/findyourlocaloffice/
- **En persona:** Visite su oficina local DSS.SD.gov/findyourlocaloffice/

Asistencia de idioma

1. **Español (Spanish)** - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-999-5612 (TTY: 711).
2. **Deutsch (German)** - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-999-5612 (TTY: 711).
3. **繁體中文 (Chinese)** - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-999-5612 (TTY: 711)
4. **ကဠိ (Karen)** - ညိုသိုတ်သး-န့ါကတိကညိုကိုအယိ,န့ါန့ါကိုအတိအစလတလတ်သိုတ်လတ်စုနီတမံဘ်သ့န့ါလိကိ: 1-877-999-5612 (TTY: 711).
5. **Tiếng Việt (Vietnamese)** - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-999-5612 (TTY: 711).
6. **नेपाली (Nepali)** - ध्यान दनहु ोसर्: तपाइले नेपाल बोल्नहन्छ भन तपाइको ननमत भाषा सहायता सवाहरू नःशल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गनहु ोसर ् 1-877-999-5612 (टटवाइ: 711)
7. **Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)** - OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-999-5612 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).
8. **አማርኛ (Amharic)** - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-877-999-5612 (ሞስማት ለተሳናቸው: 711).
9. **Sudanic Adamawa (Fulfulde)** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-877-999-5612 (TTY: 711).
10. **Tagalog (Tagalog – Filipino)** - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-999-5612 (TTY: 711).
11. **한국어 (Korean)** - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-999-5612 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
12. **Русский (Russian)** - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-999-5612 (телетайп: 711).
13. **Cushite Oroomiffa (Oromo)** - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-999-5612 (TTY: 711).
14. **Український (Ukrainian)** - УВАГА: Якщо ви говорите українською мовою, перекладацькі послуги, безкоштовно, доступні для вас. Телефонуйте. Телефонуйте 1-877-999-5612 (TTY: 711).
15. **Français (French)** - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-999-5612 (ATS : 711).

PASO 1: Cuéntenos sobre usted.

(Es necesario que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud).

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (<i>Deje en blanco si no tiene uno</i>).			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Dirección de correo (<i>si es diferente de su domicilio</i>)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado, parroquia o municipio
14. Teléfono de casa: (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		15. Teléfono celular (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
16. ¿Quiere recibir información sobre esta aplicación por correo electrónico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Correo electrónico:			
17. ¿Cuál es su idioma hablado preferido? ¿Cuál es su idioma escrito preferido?			
18. ¿Otras personas viven en su casa?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

PASO 2: Háblenos de su familia.

¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Complete las páginas del paso 2 para cada persona de su familia y grupo familiar, incluso si ya tienen cobertura médica. La información de esta solicitud nos ayuda a garantizar que todos obtengan la mejor cobertura posible. La cantidad de ayuda o el tipo de programa para el que usted califica se basa en el número de personas de su familia y sus ingresos. Si no incluye a familiares, aunque ya tengan cobertura médica, esto podría afectar los resultados de su elegibilidad.

Para adultos que necesitan cobertura:

Incluya a estas personas aunque no soliciten la cobertura médica por cuenta propia:

- Cualquier cónyuge
- Cualquier hijo o hija menor de 21 años con el que vivan, incluyendo a hijastros
- Cualquier otra persona mencionada en la misma declaración del impuesto federal sobre la renta (incluyendo a hijos mayores de 21 años mencionados en la declaración de uno de los padres). No es necesario presentar impuestos para obtener cobertura médica.

Para niños menores de 21 años que necesitan cobertura:

Incluya a estas personas aunque no soliciten la cobertura médica por cuenta propia:

- Cualquier padre/madre (o padrastro/madrastra) con el que vivan
- Cualquier hermano con el que vivan
- Cualquier hijo o hija con el que vivan, incluyendo a hijastros
- Cualquier otra persona mencionada en la misma declaración del impuesto federal sobre la renta. No es necesario declarar impuestos para obtener cobertura médica.

Complete el paso 2 para cada persona en su familia.

Comience con usted, después agregue a otros adultos y niños. Si tiene más de 6 personas en su familia, haga una copia de las páginas y adjúntelas.

No debe incluir el estatus migratorio ni el número de seguro social (SSN) de los familiares que no necesitan cobertura médica. Mantendremos toda la información que nos dé privada y segura según lo exige la ley. Usaremos su información personal solo para verificar si es elegible para la cobertura médica.

PASO 2: PERSONA 1 (Empiece por usted mismo).

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted, o cualquier persona mencionada en su misma declaración del impuesto federal sobre la renta, si presenta una. Consulte la página 3 para obtener más información de a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1? YO MISMO		3. ¿Está casado/a? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
5. Sexo			
6. Número de seguro social (SSN) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
<p>Necesitamos esto si usted quiere cobertura médica y tiene un SNN. Incluso si no quiere cobertura médica para usted, dar su SSN puede ser útil, ya que podría acelerar el proceso de solicitud. Usamos el SSN para verificar la elegibilidad para la cobertura y, si la solicita, para ayudarlo con los costos. Para recibir ayuda y obtener un SSN, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213, o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>			
7. ¿Planea presentar una declaración del impuesto sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? Aún puede presentar una solicitud para cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.			
<input type="radio"/> Sí. (Responda las preguntas a – c) <input type="radio"/> No. (Vaya a la pregunta c)			
a. ¿Presentará la declaración de impuestos junto con su cónyuge? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge: <input style="width:400px;" type="text"/>			
b. ¿Incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba los nombres de los dependientes: <input style="width:400px;" type="text"/>			
c. ¿Lo incluirán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos:		¿Qué relación tiene con la persona que presentará la declaración de impuestos?	
<input style="width:300px;" type="text"/>		<input style="width:300px;" type="text"/>	
8. ¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés espera?		Fecha de parto:
9. ¿Necesita cobertura médica? Incluso si ya tiene cobertura médica, es posible que haya un programa con mejor cobertura o costos más bajos.			
<input type="radio"/> SÍ. (Responda todas las preguntas de abajo) <input type="radio"/> NO. (VAYA a las preguntas de ingresos en la página 3; deje el resto de la página en blanco)			
10. ¿Tiene una condición física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o residencia de atención? <input type="radio"/> Sí (complete el Apéndice F) <input type="radio"/> No			
11. ¿Es usted ciudadano/a o tiene nacionalidad de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
12. ¿Es usted ciudadano(a naturalizado/a o derivado/a)? (Por lo general, esto significa que nació fuera de los EE. UU.)			
<input type="radio"/> SÍ. (Complete a. y b.) <input type="radio"/> NO. (Vaya a la pregunta 13)			
a. Número de extranjero:		b. Número de certificado:	
<input style="width:300px;" type="text"/>		<input style="width:300px;" type="text"/>	
Después de que complete a y b, vaya a la pregunta 14.			
13. Si no es ciudadano ni tiene nacionalidad americana, ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="radio"/> Sí. (Escriba el tipo de documento y el número de identificación)			
Tipo de documento migratorio	Tipo de estatus (opcional)	Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración	
Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o de pasaporte		
Identificación de SEVIS o fecha de expiración (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)		
a. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Usted o su cónyuge o su padre/madre, es un veterano o miembro del servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted el principal encargado del cuidado de este menor? (seleccione "Sí" si usted o su cónyuge cuidan a este menor) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
16. ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		17. ¿Estuvo en crianza temporal a la edad de 18 años o después?... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Opcional: (Marque todas las que correspondan).	18. Si es hispano/latino, grupo étnico: <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Mexicano-americano <input type="radio"/> Chicano <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Otro		
19. Raza: <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Negra o afroamericana <input type="radio"/> India americana o nativa de Alaska <input type="radio"/> Filipina <input type="radio"/> Japonesa <input type="radio"/> Coreana <input type="radio"/> India asiática <input type="radio"/> China <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otra Asiática <input type="radio"/> Nativa de Hawái <input type="radio"/> Guameña o Chamorra <input type="radio"/> Samoana <input type="radio"/> Nativa de otra isla del Pacífico <input type="radio"/> Otra			

PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con su solicitud).

Trabajo actual e información de ingresos

Tiene un empleo: Si actualmente tiene un empleo, díganos cuáles son sus ingresos. Empiece con la pregunta 20.

Desempleado:
Vaya a la pregunta 30.

Trabaja por su cuenta:
Vaya a la pregunta 29.

Trabajo actual 1:

20. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

21. Teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

Trabajo actual 2: (Si tiene otros trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

24. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

25. Teléfono del empleador

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas

Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año, usted: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda los puntos a y b:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuánto recibirá este mes de ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) de su empleo por cuenta propia?

30. Otros ingresos que obtendrá este mes: Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que recibe esto.

<input type="radio"/> Desempleo	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensión	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Agricultura/pesca neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguro Social	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Renta/regalía neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Jubilación Cuentas	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otros ingresos	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
					Tipo:	<input type="text"/>			

31. **Deducciones:** Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que paga esto. Si usted paga algunas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos de estas puede hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir manutención infantil que paga o un costo que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29b).

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otras deducciones	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Interés de préstamo estudiantil	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	Tipo:	<input type="text"/>			

32. Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio por algunos meses. Si considera que no habrá cambios en sus ingresos mensuales, vaya a la siguiente persona.

Sus ingresos totales este año

Su ingreso total del próximo año (si cree que será diferente)

PASO 2: PERSONA 2

Trabajo actual e información de ingresos

Tiene un empleo: Si actualmente tiene un empleo, díganos cuáles son sus ingresos. Empezar con la pregunta 20.

Desempleado:
Vaya a la pregunta 30.

Trabaja por cuenta propia:
Vaya a la pregunta 29.

Trabajo actual 1:

20. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

21. Teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

Trabajo actual 2: (Si tiene otros trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

24. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

25. Teléfono del empleador

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año, usted: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda los puntos a y b:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuánto recibirá este mes de ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) de su empleo por cuenta propia?

30. Otros ingresos que obtendrá este mes: Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que recibe esto.

<input type="radio"/> Desempleo	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensión	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Agricultura/pesca neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguro Social	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Renta/regalía neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Jubilación Cuentas	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otros ingresos	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
					Tipo:	<input type="text"/>			

31. **Deducciones:** Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que paga esto. Si usted paga algunas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos de estas puede hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir manutención infantil que paga o un costo que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29b).

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otras deducciones	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Interés de préstamo estudiantil	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	Tipo:	<input type="text"/>			

32. Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio por algunos meses. Si considera que no habrá cambios en sus ingresos mensuales, vaya a la siguiente persona.

Sus ingresos totales este año

Su ingreso total del próximo año (si cree que será diferente)

PASO 2: PERSONA 3

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted, o cualquier persona mencionada en su misma declaración del impuesto federal sobre la renta, si presenta una. Consulte la página 3 para obtener más información de a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Está casado/a? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo
6. Número de seguro social (SSN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Necesitamos esto si quiere cobertura médica para la PERSONA 3 y la PERSONA 3 tiene un SSN	
7. ¿Planea presentar una declaración del impuesto sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? <i>Aún puede presentar una solicitud para cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.</i>			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , responda las preguntas a – c. <input type="radio"/> No. Si la respuesta es no , pase a la pregunta c.			
a. ¿Presentará la declaración de impuestos junto con su cónyuge? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge: <input type="text"/>			
b. ¿Incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba los nombres de los dependientes: <input type="text"/>			
c. ¿Lo incluirán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: <input type="text"/>		¿Qué relación tiene con la persona que presentará la declaración de impuestos? <input type="text"/>	
8. ¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés espera? <input type="text"/>	
9. ¿Necesita cobertura médica? <i>Incluso si ya tiene cobertura médica, es posible que haya un programa con mejor cobertura o costos más bajos.</i>		Fecha de parto: <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , responda todas las preguntas siguientes. <input type="radio"/> NO. Si la respuesta es no , VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 9. Deje el resto de la página en blanco.			
10. ¿Tiene una condición física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o residencia de atención? <input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí, complete el Apéndice F <input type="radio"/> No			
11. ¿Es usted ciudadano/a o tiene nacionalidad de EE. UU. ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
12. ¿Es usted ciudadano/a naturalizado/a o derivado/a ? <i>(Por lo general, esto significa que nació fuera de los EE. UU.)</i>			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , complete a. y b. <input type="radio"/> NO. Si la respuesta es no , vaya a la pregunta 13.			
a. Número de extranjero: <input type="text"/>		b. Número de certificado: <input type="text"/>	
Después de completar los puntos a y b, vaya a la pregunta 14			
13. Si no es ciudadano ni tiene nacionalidad americana, ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="radio"/> Sí. Escriba el tipo de documento y el número de identificación.			
Tipo de documento migratorio	Tipo de estatus (opcional)	Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración	
Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o de pasaporte		
Identificación de SEVIS o fecha de expiración (opcional)		Otro (código de categoría o país de emisión)	
a. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Usted o su cónyuge o su padre/madre, es un veterano o miembro del servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
15. ¿Vive con al menos un niño menor a 19 años y usted es el principal encargado de su cuidado? (seleccione "sí" si usted o su cónyuge cuidan a este menor) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
16. ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
17. ¿Estuvo en crianza temporal a la edad de 18 años o después? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Opcional: (Marque todas las que correspondan).	18. Si es hispano/latino, grupo étnico: <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Mexicano-americano <input type="radio"/> Chicano <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Otro		
	19. Raza: <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Negra o afroamericana <input type="radio"/> India americana o nativa de Alaska <input type="radio"/> Filipina <input type="radio"/> Japonesa <input type="radio"/> Coreana <input type="radio"/> India asiática <input type="radio"/> China <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otra Asiática <input type="radio"/> Nativa de Hawái <input type="radio"/> Guameña o Chamorra <input type="radio"/> Samoana <input type="radio"/> Nativa de otra isla del Pacífico <input type="radio"/> Otra		

PASO 2: PERSONA 3

Trabajo actual e información de ingresos

Tiene un empleo: Si actualmente tiene un empleo, díganos cuáles son sus ingresos. Empiece con la pregunta 20.

Desempleado:
Vaya a la pregunta 30.

Trabaja por cuenta propia:
Vaya a la pregunta 29

Trabajo actual 1:

20. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

21. Teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

Trabajo actual 2: (Si tiene otros trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

24. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

25. Teléfono del empleador

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año, usted: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda los puntos a y b:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuánto recibirá este mes de ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) de su empleo por cuenta propia?

30. Otros ingresos que obtendrá este mes: Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que recibe esto.

<input type="radio"/> Desempleo	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensión	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Agricultura/pesca neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguro Social	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Renta /regalía neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cuentas de jubilación	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otros ingresos	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
					Tipo: <input type="text"/>				

31. **Deducciones:** Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que paga esto. Si usted paga algunas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos de estas puede hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir manutención infantil que paga o un costo que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29b).

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otras deducciones	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Interés de préstamo estudiantil	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	Tipo: <input type="text"/>				

32. Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio por algunos meses. Si considera que no habrá cambios en sus ingresos mensuales, vaya a la siguiente persona.

Sus ingresos totales este año

Su ingreso total del próximo año (si cree que será diferente)

PASO 2: PERSONA 4

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted, o cualquier persona mencionada en su misma declaración del impuesto federal sobre la renta, si presenta una. Consulte la página 3 para obtener más información de a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Está casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo
6. Número de seguro social (SSN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Necesitamos esto si usted desea cobertura médica para la PERSONA 4 y la PERSONA 4 tiene un SSN	
7. ¿Planea presentar una declaración del impuesto sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? <i>Aún puede presentar una solicitud para cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.</i>			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , responda las preguntas a – c. <input type="radio"/> No. Si la respuesta es no , vaya a la pregunta c.			
a. ¿Presentará la declaración de impuestos junto con su cónyuge?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge:		<input type="text"/>	
b. ¿Incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si la respuesta es sí, escriba los nombres de los dependientes:		<input type="text"/>	
c. ¿Lo incluirán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos:		¿Qué relación tiene con la persona que presentará la declaración de impuestos?	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
8. ¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés espera?	Fecha de parto:	
9. ¿Necesita cobertura médica? <i>Incluso si ya tiene cobertura médica, es posible que haya un programa con mejor cobertura o costos más bajos.</i>			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , responda todas las preguntas de abajo.		<input type="radio"/> NO. Si la respuesta es no , VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 11. Deje el resto de la página en blanco.	
10. ¿Tiene una condición física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o residencia de atención?			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , complete el Apéndice F <input type="radio"/> No			
11. ¿Es usted ciudadano o tiene nacionalidad de EE. UU. ?			
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
12. ¿Es usted ciudadano naturalizado o derivado ? <i>(Por lo general, esto significa que nació fuera de los EE. UU.)</i>			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , complete a. y b.		<input type="radio"/> NO. Si la respuesta es no , vaya a la pregunta 13.	
a. Número de extranjero:	b. Número de certificado:		Después de completar los puntos a y b, vaya a la pregunta 14
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
13. Si no es ciudadano ni tiene nacionalidad americana, ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="radio"/> Sí. Escriba el tipo de documento y el número de identificación.			
Tipo de documento migratorio	Tipo de estatus (opcional)	Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración	
Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o de pasaporte		
Identificación de SEVIS o fecha de expiración (opcional)		Otro (código de categoría o país de emisión)	
a. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Usted o su cónyuge o su padre/madre, es un veterano o miembro del servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
15. ¿Vive con al menos un niño menor a 19 años y usted es el principal encargado de su cuidado? (seleccione "sí" si usted o su cónyuge cuidan a este menor)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
16. ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	17. ¿Estuvo en crianza temporal a la edad de 18 años o después?		
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Opcional: (Marque todas las que correspondan).	18. Si es hispano/latino, grupo étnico: <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Mexicano-americano <input type="radio"/> Chicano <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Otro		
19. Raza: <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Negra o afroamericana <input type="radio"/> India americana o nativa de Alaska <input type="radio"/> Filipina <input type="radio"/> Japonesa <input type="radio"/> Coreana <input type="radio"/> India asiática <input type="radio"/> China <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otra Asiática <input type="radio"/> Nativa de Hawái <input type="radio"/> Guameña o Chamorra <input type="radio"/> Samoana <input type="radio"/> Nativa de otra isla del Pacífico <input type="radio"/> Otra			

PASO 2: PERSONA 4

Trabajo actual e información de ingresos

Tiene un empleo: Si actualmente tiene un empleo, díganos cuáles son sus ingresos. Empezar con la pregunta 20.

Desempleado:
Vaya a la pregunta 30.

Trabaja por cuenta propia:
Vaya a la pregunta 29.

Trabajo actual 1:

20. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

21. Teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

Trabajo actual 2: (Si tiene otros trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

24. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

25. Teléfono del empleador

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año, usted: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda los puntos a y b:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuánto recibirá este mes de ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) de su empleo por cuenta propia?

30. Otros ingresos que obtendrá este mes: Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que recibe esto.

<input type="radio"/> Desempleo	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensión	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Agricultura/pesca neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguro Social	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Renta/regalía neta	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cuentas de jubilación	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otros ingresos	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
					Tipo: <input type="text"/>				

31. **Deducciones:** Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que paga esto. Si usted paga algunas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos de estas puede hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir manutención infantil que paga o un costo que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29b).

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Otras deducciones	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Interés de préstamo estudiantil	\$	<input type="text"/>	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>	Tipo: <input type="text"/>				

32. Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio por algunos meses. Si considera que no habrá cambios en sus ingresos mensuales, vaya a la siguiente persona.

Sus ingresos totales este año

Su ingreso total del próximo año (si cree que será diferente)

PASO 2: PERSONA 5

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted, o cualquier persona mencionada en su misma declaración del impuesto federal sobre la renta, si presenta una. Consulte la página 3 para obtener más información de a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Está casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo
6. Número de seguro social (SSN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Necesitamos esto si usted desea cobertura médica para la PERSONA 5 y la PERSONA 5 tiene un SSN	
7. ¿Planea presentar una declaración del impuesto sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? Aún puede presentar una solicitud para cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , responda las preguntas a – c. <input type="radio"/> No. Si la respuesta es no , vaya a la pregunta c.			
a. ¿Presentará la declaración de impuestos junto con su cónyuge? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba el nombre del cónyuge: <input style="width:100%;" type="text"/>			
b. ¿Incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba los nombres de los dependientes: <input style="width:100%;" type="text"/>			
c. ¿Lo incluirán como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos:		¿Qué relación tiene con la persona que presentará la declaración de impuestos?	
<input style="width:100%;" type="text"/>		<input style="width:100%;" type="text"/>	
8. ¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés espera?	Fecha de parto:	
9. ¿Necesita cobertura médica? Incluso si ya tiene cobertura médica, es posible que haya un programa con mejor cobertura o costos más bajos.			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , responda todas las preguntas de abajo. <input type="radio"/> NO. Si la respuesta es no , VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 13. Deje el resto de la página en blanco.			
10. ¿Tiene una condición física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o residencia de atención? ... <input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí, complete el Apéndice F <input type="radio"/> No			
11. ¿Es usted ciudadano o tiene nacionalidad de EE. UU. ? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
12. ¿Es usted ciudadano naturalizado o derivado ? (Por lo general, esto significa que nació fuera de los EE. UU.)			
<input type="radio"/> Sí. Si la respuesta es sí , complete a. y b. <input type="radio"/> NO. Si la respuesta es no , vaya a la pregunta 13.			
a. Número de extranjero:		b. Número de certificado:	
<input style="width:100%;" type="text"/>		<input style="width:100%;" type="text"/>	
Después de completar los puntos a y b, vaya a la pregunta 14.			
13. Si no es ciudadano ni tiene nacionalidad americana, ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="radio"/> Sí. Escriba el tipo de documento y el número de identificación.			
Tipo de documento migratorio	Tipo de estatus (opcional)	Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración	
Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o de pasaporte		
Identificación de SEVIS o fecha de expiración (opcional)		Otro (código de categoría o país de emisión)	
a. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Usted o su cónyuge o su padre/madre, es un veterano o miembro del servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
15. ¿Vive con al menos un niño menor a 19 años y usted es el principal encargado de su cuidado? (seleccione "sí" si usted o su cónyuge cuidan a este menor) ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
16. ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		17. ¿Estuvo en crianza temporal a la edad de 18 años o después? ... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Opcional:	18. Si es hispano/latino, grupo étnico: <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Mexicano-americano <input type="radio"/> Chicano <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Otro		

(Marque todas las que correspondan). 19. Raza: Blanca Negra o afroamericana India americana o nativa de Alaska Filipina Japonesa Coreana India asiática China Vietnamita Otra Asiática Nativa de Hawái Guameña o Chamorra Samoana Nativa de otra isla del Pacífico Otra

PASO 2: PERSONA 5

Trabajo actual e información de ingresos

- Tiene un empleo:** Si actualmente tiene un empleo, díganos cuáles son sus ingresos. Empezar con la pregunta 20.
- Desempleado:** Vaya a la pregunta 30.
- Trabaja por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 29

Trabajo actual 1:

20. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	21. Teléfono del empleador
-----------	-----------	------------------	----------------------------

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)	23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA
--	--

Trabajo actual 2: (Si tiene otros trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

24. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	25. Teléfono del empleador
-----------	-----------	------------------	----------------------------

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="text"/>	27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA
<input type="radio"/> Por hora <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada 2 semanas <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente	

28. En el último año, usted: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda los puntos a y b:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuánto recibirá este mes de ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) de su empleo por cuenta propia?

30. Otros ingresos que obtendrá este mes: Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que recibe esto.

<input type="radio"/> Desempleo \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensión \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Agricultura/pesca neta \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguro Social \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Renta /regalía neta \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Cuentas de jubilación \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Otros ingresos \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/> Tipo: <input style="width:100%;" type="text"/>

31. **Deducciones:** Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que paga esto. Si usted paga algunas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos de estas puede hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir manutención infantil que paga o un costo que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29b)

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Otras deducciones \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Interés de préstamo estudiantil \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Tipo: <input style="width:100%;" type="text"/>

32. Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio por algunos meses.

Opcional: (Marque todas las que correspondan).

18. Si es hispano/latino, grupo étnico: Mexicano Mexicano-americano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro

19. Raza: Blanca Negra o afroamericana India americana o nativa de Alaska Filipina Japonesa Coreana India asiática China Vietnamita Otra Asiática Nativa de Hawái Guameña o Chamorra Samoana Nativa de otra isla del Pacífico Otra

PASO 2: PERSONA 6

Trabajo actual e información de ingresos

- Tiene un empleo:** Si actualmente tiene un empleo, díganos cuáles son sus ingresos. Empiece con la pregunta 20.
- Desempleado:** Vaya a la pregunta 30.
- Trabaja por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 29

Trabajo actual 1:

20. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	21. Teléfono del empleador
-----------	-----------	------------------	----------------------------

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

Trabajo actual 2: (Si tiene otros trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

24. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	25. Teléfono del empleador
-----------	-----------	------------------	----------------------------

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año, usted: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda los puntos a y b:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuánto recibirá este mes de ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) de su empleo por cuenta propia?

30. Otros ingresos que obtendrá este mes: Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que recibe esto.

<input type="radio"/> Desempleo \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Pensión \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Agricultura/pesca neta \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Seguro Social \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Renta /regalía neta \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Cuentas de jubilación \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Otros ingresos \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
Tipo: <input type="text"/>	

31. **Deducciones:** Complete todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que paga esto. Si usted paga algunas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos de estas puede hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir manutención infantil que paga o un costo que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29b)

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="radio"/> Otras deducciones \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="radio"/> Interés de préstamo estudiantil \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	Tipo: <input type="text"/>

32. Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año, por ejemplo, si solo trabaja en un empleo una parte del año o recibe un beneficio por algunos meses. Si considera que no habrá cambios en sus ingresos mensuales, vaya a la siguiente persona.

Sus ingresos totales este año	Su ingreso total del próximo año (si cree que será diferente)
-------------------------------	---

PASO 3: Familiares indios americanos o nativos de Alaska (AI/AN)

1. ¿Usted o alguien de su familia es indio americano o nativo de Alaska?
 NO. (Vaya al paso 4) SÍ. (Vaya al paso 4, además de completar el Apéndice B e incluirlo con la solicitud)

PASO 4: La cobertura médica de su familia

1. ¿Alguna de las personas que aparecen en la solicitud tiene cobertura médica de su trabajo?
 Marque "Sí", incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge, aunque no acepten la cobertura.
 SÍ. (Continúe y después complete el Apéndice A) **¿Se trata de un plan de beneficios para empleados del estado?.....** Sí No
 NO.

2. ¿Hay alguien inscrito en una cobertura médica ahora?
 SÍ. (Vaya a la pregunta 3)
 NO. (VAYA al paso 5)

3. Información de la cobertura médica actual. (Haga una copia de esta página si más de 2 personas tienen cobertura médica actualmente).
 Escriba el tipo de cobertura, como seguro del empleador, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programa de atención médica de VA, Cuerpo de Paz u otro. (No mencione TRICARE si tiene Direct Care o Line of Duty)

PERSONA 1:

Nombre de la persona inscrita en la cobertura médica

Tipo de cobertura:
 Seguro del empleador COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE programa de atención médica de VA Cuerpo de Paz Otro

Si es un seguro del empleador: (También deberá completar el Apéndice A).

Nombre de la compañía de seguro médico	Número de póliza/identificación
--	---------------------------------

Si es otro tipo de cobertura:

Nombre de la compañía de seguro médico	Número de póliza/identificación
--	---------------------------------

¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? Sí No

PERSONA 2:

Nombre de la persona inscrita en la cobertura médica

Tipo de cobertura:
 Seguro del empleador COBRA Medicaid CHIP Medicare TRICARE programa de atención médica de VA Cuerpo de Paz Otro

Si es un seguro del empleador: (También deberá completar el Apéndice A).

Nombre de la compañía de seguro médico	Número de póliza/identificación
--	---------------------------------

Si es otro tipo de cobertura:

Nombre de la compañía de seguro médico	Número de póliza/identificación
--	---------------------------------

¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? Sí No

PASO 5: Su acuerdo y firma

1. ¿Acepta permitir que el Mercado use datos de ingresos,

incluyendo información de las declaraciones de impuestos, de los próximos 5 años? SÍ NO

Para que sea más fácil determinar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura en los próximos años, puede aceptar que el Mercado use datos de ingresos actualizados, incluyendo información de las declaraciones de impuestos. El Mercado le enviará un aviso y le permitirá hacer cualquier cambio. Además, verificará que usted aún es elegible y es posible que le pida que demuestre que sus ingresos todavía califican. Puede darse de baja en cualquier momento.

Si la respuesta es no, actualizar automáticamente mi información en los próximos:

- 4 años 2 años No usen mis datos fiscales para renovar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica.
 3 años 1 año (Si selecciona esta opción, su capacidad de obtener ayuda para pagar la cobertura en el momento de la renovación puede verse afectada)

2. ¿Alguna de las personas que están solicitando un seguro médico en este formulario está en prisión (detenida o encarcelada)? SÍ NO

Si la respuesta es sí, díganos el nombre de la persona. El nombre de la persona que está en prisión es:

Complete aquí si esta persona tiene una disposición de cargos.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid:

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para solicitar y obtener dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También le doy a la agencia de Medicaid los derechos para solicitar y obtener apoyo médico de un cónyuge o padre/madre.
- ¿El padre o la madre de algún menor que aparece en esta solicitud vive fuera de la casa? SÍ NO
- Si la respuesta es sí, entiendo que me pedirán que coopere con la agencia que obtiene ayuda médica de un padre o una madre ausente. Si creo que mi cooperación para que se obtenga la ayuda médica perjudicará a mis hijos, puedo avisarle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Doy mi consentimiento para que cualquier persona, agencia o institución proporcione información al Departamento de Servicios Sociales acerca de mí o mi familia y para que cualquier representante del Departamento pueda revisar y copiar los registros sobre mí o mi familia. Exonero a cualquier persona, agencia o institución de cualquier responsabilidad ante mí o mi familia por dar dicha información. Doy este consentimiento solo para que el Departamento lo use en la administración de sus programas de beneficios.
- Como beneficiario de asistencia económica federal y como agencia del gobierno estatal o local, el Departamento de Servicios Sociales no excluye, niega beneficios ni discrimina de otra manera a ninguna persona por raza, color o país de origen, ni por discapacidad ni edad en el ingreso o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en estos, ya sea que estén dirigidos directamente por el Departamento de Servicios Sociales o mediante un contratista o cualquier otra entidad con la que el Departamento de Servicios Sociales tenga un arreglo para hacer sus programas y actividades; ni por motivos reales o percibidos de raza, color, religión, país de origen, sexo, identidad de género, orientación sexual o discapacidad en el ingreso o el acceso a sus programas, actividades o servicios, o en el tratamiento o el empleo en estos, cuando los dirija directamente el Departamento de Servicios Sociales o cuando lo hagan beneficiarios secundarios de subvenciones dadas por la Oficina sobre la Violencia contra la Mujer del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.
- Puede presentar una queja comunicándose con: Coordinación de Discriminación, Director de la División de Servicios Legales del DSS, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501. (605)773-3305. De acuerdo con las leyes estatales y federales, también puede presentar una queja con las siguientes agencias: (1) División de Derechos Humanos de Dakota del Sur (605) 773-3681; (2) Departamento de Agricultura, Alimentación y Servicios Nutricionales de EE. UU. (para casos de discriminación en la administración de SNAP [Programa de cupones de alimentos]) escriba a Servicios de nutrición y comida, Oficina Regional de Mountain Plains, Coordinador de Derechos Civiles, 1244 Speer Boulevard, Suite 903, Denver, CO 80204-3585 y (3) Oficina de Derechos Civiles, Jocelyn Samuels, Director, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F HHH Bldg, Washington DC 20201.

¿Qué debo hacer si creo que mis resultados de elegibilidad son incorrectos?

Si no está de acuerdo con lo que aplica, la mayoría de las veces puede pedir una apelación. Revise su aviso de elegibilidad para encontrar las instrucciones de apelación específicas para cada persona de su grupo familiar, incluyendo el número de días que tiene para solicitar una apelación. Más abajo encontrará información importante que debe tener en cuenta cuando solicite una apelación:

Si quiere, puede hacer que alguien solicite o participe en su apelación. Esa persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otra persona. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta. Si solicita una apelación, es posible que pueda conservar su elegibilidad para recibir la cobertura mientras su apelación está pendiente. El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su grupo familiar.

Si quiere apelar nuestra decisión de reducir, denegar o cancelar los beneficios, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito a cualquier oficina del Departamento de Servicios Sociales o enviar su solicitud por escrito directamente a Office of Administrative Hearings, Kneip Building, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291.

Entiendo que la información de este formulario está sujeta a la verificación de los agentes federales, estatales y locales para determinar que la información que se incluye en esta solicitud sea correcta y esté completa, incluyendo la ciudadanía y el estado de extranjero de los miembros que solicitan los beneficios. Si se descubre que parte de la información es incorrecta, los beneficios se pueden reducir o cancelar y seré responsable de reembolsar los beneficios. Declaro y afirmo bajo pena de falso testimonio que yo revisé esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, toda la información incluida es verdadera y correcta. Entiendo que puedo estar sujeto a una acusación penal por dar información incorrecta deliberadamente. He leído y comprendo la información legal, y entiendo mis responsabilidades y acepto cumplirlas. Entiendo las sanciones por dar información falsa o violar las reglas de los programas de ayuda.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

La PERSONA 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que la PERSONA 1 haya firmado el Apéndice C.1

PASO 6: Enviar por correo la solicitud completa



Envíe por correo su solicitud firmada a la oficina local del Departamento de Servicios Sociales. Se puede encontrar una lista de oficinas en línea en <http://dss.sd.gov/findyourlocaloffice/>.



Si quiere registrarse para votar, puede completar el Apéndice E y devolverlo con su solicitud.

Apéndice A: Cobertura médica ofrecida por su empleo

Cobertura médica ofrecida por su empleo

Usted **NO** necesita responder estas preguntas, a menos que alguna persona del grupo familiar sea elegible para recibir cobertura médica de un empleo, incluso si no acepta la cobertura. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos sobre el empleo que ofrece cobertura.

Saque una copia de esta página y llévela a la empresa que le ofrece cobertura para que lo ayude a responder estas preguntas.

Información del empleado

1. Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número del Seguro Social del empleado
--	--

Información del empleador

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN)		
5. Dirección del empleador			
6. Ciudad	7. Estado	8. Código postal	9. Teléfono del empleador
10. ¿Con quién nos podemos comunicar sobre la cobertura médica del empleado en este trabajo?			
11. Teléfono (si es diferente del de arriba)		12. Correo electrónico:	

13. ¿El empleado es elegible actualmente para recibir la cobertura que da este empleador o será elegible en los próximos 3 meses? <input type="radio"/> Sí (continúe) <input type="radio"/> NO (deténgase aquí y regrese al paso 5 en la solicitud).		
a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Escriba los nombres de otras personas que sean elegibles para recibir cobertura de este empleo.		
Nombre	Nombre	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cuéntenos sobre el plan médico de menor costo que ofrece este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple el estándar de valor mínimo?*	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> NO
15. Para el plan de costo más bajo que cumple el estándar de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, presente la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo en cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera otros descuentos basados en programas de bienestar.		
a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?		
b. ¿Con qué frecuencia? <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada 2 semanas <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Una vez al mes <input type="radio"/> Cada 3 meses <input type="radio"/> Anualmente		
16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan, si lo hay?		
<input type="radio"/> El empleador no ofrecerá cobertura médica.		
<input type="radio"/> El empleador empezará ofreciendo cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible que cumpla el estándar de valor mínimo* y esté disponible solo para el empleado. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15).		
a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan?		
b. ¿Con qué frecuencia? <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada 2 semanas <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Una vez al mes <input type="radio"/> Cada 3 meses <input type="radio"/> Anualmente		
c. Fecha del cambio: (mm/dd/aaaa)		

* Un plan médico patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos de beneficios totales permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos [Internal Revenue Code] de 1986). La mayoría de los planes médicos ofrecidos por los empleadores cumplen el estándar de valor mínimo.

Apéndice B: Miembros del grupo familiar indios americanos o nativos de Alaska (AI/AN)

Familiar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un familiar es indio americano o nativo de Alaska. Envíelo con su Solicitud de cobertura médica y ayuda para pagar los gastos.

Cuéntenos sobre el familiar indio americano o nativo de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de Indian Health Services (Servicios médicos para indígenas), programas médicos para tribus o programas médicos urbanos para indígenas. Es posible que ellos NO tengan que pagar el costo compartido y podrían obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba toda la ayuda posible.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2	
1. Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Primer nombre	Primer nombre	
	Segundo nombre	Segundo nombre	
	Apellido	Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____	
3. ¿Esta persona recibió alguna vez un servicio de Indian Health Service (Servicio médico para indígenas), un programa médico para tribus o un programa médico urbano para indígenas, o por remisión de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service (Servicio médico para indígenas), programas médicos para tribus o programas médicos urbanos para indígenas, o por medio de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service (Servicio médico para indígenas), programas médicos para tribus o programas médicos urbanos para indígenas, o por medio de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Es posible que algunos fondos recibidos no cuenten para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Incluya todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> Los pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías. Los pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierra designada como tierra de un fondo indígena por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y antiguas reservas). Dinero ganado por vender objetos que tengan importancia cultural. 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
PERSONA AI/AN 3	PERSONA AI/AN 4	PERSONA AI/AN 5	PERSONA AI/AN 6
Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre
Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____	Sí <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service (Servicio médico para indígenas), programas médicos para tribus o programas médicos urbanos para indígenas, o por medio de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service (Servicio médico para indígenas), programas médicos para tribus o programas médicos urbanos para indígenas, o por medio de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service (Servicio médico para indígenas), programas médicos para tribus o programas médicos urbanos para indígenas, o por medio de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para obtener servicios de Indian Health Service (Servicio médico para indígenas), programas médicos para tribus o programas médicos urbanos para indígenas, o por medio de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Apéndice C: Ayuda para completar esta solicitud

Ayuda para completar esta solicitud

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitudes certificado, orientador, representante o agente de seguros que completa esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

3. Nombre de la organización

4. Número de identificación (si corresponde)

5. Solo para representantes/agentes de seguros: Número NPN

Puede elegir un representante autorizado

Puede autorizar a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con la misma, incluyendo obtener información de su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona se denomina "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar o eliminar a su representante autorizado, póngase en contacto con el Mercado. Si usted es el representante legal de alguien en esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido)

2. Dirección

3. Número de apartamento o suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Teléfono

8. Nombre de la organización

9. Número de identificación (si corresponde)

Firmando, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial sobre la misma y actuar en su nombre en todos los asuntos posteriores relacionados con esta solicitud

10. Firma de la PERSONA 1 que aparece en esta solicitud

11. Fecha de firma (mm/dd/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Apéndice D: Preguntas sobre cambios en la vida

Preguntas sobre cambios en la vida

(Debe completar el resto de la solicitud junto con esta página. No la envíe sola).

Si alguna de las personas que aparecen en esta solicitud experimentó ciertos cambios en su vida, como perder la cobertura médica, casarse o tener un bebé, en los últimos 60 días (O espera tenerlos en los próximos 60 días), complete esta página e inclúyala con su solicitud completa y firmada. Ciertos cambios de vida permiten que su cobertura obtenida del Mercado comience de inmediato. También le recomendamos que responda estas preguntas si solicita la cobertura fuera de la Inscripción abierta.

Estas preguntas son opcionales. Si su situación de vida no ha cambiado, puede dejar las respuestas en blanco. Puede inscribirse en Medicaid y en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) durante todo el año, incluso si no experimentó cambios en su vida. Los miembros de las tribus reconocidas a nivel federal y los accionistas nativos de Alaska pueden inscribirse en la cobertura por medio del Mercado durante todo el año.

Díganos de los cambios en su grupo familiar.

1. Alguien perdió la cobertura médica en los últimos 60 días o espera perderla en los próximos 60 días.

Nombres	La fecha de cobertura finalizó o finalizará (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> Marque aquí si la cobertura finalizó por no pagar las primas.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. Alguien se casó en los últimos 60 días.

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

3. Alguien nació, lo adoptaron o se lo colocaron en una crianza temporal en los últimos 60 días.

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

4. Alguien obtuvo un estado migratorio elegible en los últimos 60 días.

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

5. Alguien se mudó en los últimos 60 días.

Nombres	Fecha de mudanza (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

6. Alguien salió de prisión o detención en los últimos 60 días.

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Apéndice E: Registro de votantes

¿Le gustaría registrarse para votar?

Enviar una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que reciba de esta agencia.

Sí No Si no está registrado para votar en donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar su registro para votar aquí hoy?

Si no marca alguna de las casillas, se interpretará que decidió NO registrarse para votar en este momento.

(No marcar alguna de las casillas se considera un rechazo a la inscripción para recibir ayuda para el registro, pero no se considera un rechazo por escrito para recibir una solicitud. Si no marca alguna de las casillas, recibirá un formulario de registro de votantes que podrá completar cuando pueda).

Si se registra para votar, la información sobre la oficina en la que se presentó el formulario de registro de votantes se mantendrá confidencial y se usará solo para el registro de votantes. Si no se registra para votar, esta decisión será confidencial y se usará solo para el registro de votantes. Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, lo ayudaremos. Es su decisión buscar o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de registro de votantes en privado.

Si cree que alguien interfirió en su derecho a registrarse o a rechazar registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se registra, su derecho a presentar una solicitud para registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política puede presentar una queja ante Secretaría del Estado de Dakota del Sur, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537.

Apéndice F: Preguntas adicionales para solicitantes de la tercera edad, ciegos o discapacitados

Complete esta sección si usted o alguien del grupo familiar es de la tercera edad (mayor a 65 años), ciego o discapacitado. Usted **NO** necesita responder estas preguntas, a menos que alguna persona del grupo familiar sea de la tercera edad (mayor a 65 años), ciego o discapacitado. Estas preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad para programas de Medicaid que no sean MAGI o de atención a largo plazo.

Información de la persona

Nombre de la persona

¿Sabe qué tipo de beneficio quiere solicitar? Si la respuesta es "sí", indique abajo el tipo:

- Residencia de enfermería Vida asistida Hospitalización Servicios en casa Casa hogar Exención de apoyo a la familia MAWD
 Programa para niños discapacitados Otro/Desconocido

Información del centro

¿Actualmente vive en un centro o espera vivir en un centro? Sí No

Nombre del centro

Dirección del centro

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de ingreso

Fecha de alta (si corresponde)

¿Planea regresar a casa en seis (6) meses? (Si la respuesta es sí, incluya una carta del médico) Sí No

¿Estuvo en el hospital antes de mudarse a un centro o de recibir servicios en su casa? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha ingresó al hospital? (mm/dd/aaaa)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Información de los recursos

Cuéntenos de todos los recursos para esta persona y su cónyuge, incluyendo dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, tarjetas de débito del Seguro Social, cuentas de ahorros médicos, pensiones, acciones, bonos, fondos de inversión, anualidades, cajas de seguridad, 401K, IRA, CD, etc.

Nombre de los propietarios	Tipo de recurso	Nombre del banco	Número de cuenta	Valor

Información del fideicomiso

¿Esta persona o su cónyuge están incluidos en algún fideicomiso o tienen algún fideicomiso? Sí No

Nombre de los propietarios	Nombre del banco	Dirección del banco	Número de cuenta	Valor

Información del seguro de vida

¿Esta persona o su cónyuge tienen algún seguro de vida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Nombre de la persona asegurada (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre del titular de la póliza	
Nombre de la compañía de seguros		Número de póliza	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Información del fondo para gastos funerarios

¿Esta persona o su cónyuge tienen cuentas bancarias destinadas para funerales, contratos funerarios prepagados, fideicomisos u otros acuerdos financieros para servicios? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Nombre de la organización que guarda los fondos	Fecha de compra (mm/dd/aaaa)	Valor
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la organización que guarda los fondos	Fecha de compra (mm/dd/aaaa)	Valor
Ciudad	Estado	Código postal

Información de vehículos

¿Esta persona o su cónyuge tienen autos, camiones, botes u otros vehículos recreativos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
Nombre de los propietarios	Marca/modelo	Año	Valor	Monto adeudado

Si hay más de un vehículo en la lista anterior, ¿cuál usa como su principal método de transporte?

Información de la propiedad

¿Esta persona o su cónyuge tienen alguna propiedad (incluyendo una casa, casa rodante, lotes o terrenos)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Propietarios	Dirección de la propiedad	Valor de la propiedad

Más información

¿Alguien de su grupo familiar tiene una propiedad vitalicia? Sí No

Si la respuesta es "sí", ¿quién?

¿Alguien de su grupo familiar no aceptó una herencia en los últimos cinco años? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?

¿Alguien de su grupo familiar transfirió, vendió o regaló recursos por menos de su valor en los últimos cinco años?..... Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?

¿Alguien de su grupo familiar tiene una solicitud de discapacidad pendiente? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?

¿Está presentando una solicitud para algún menor de 19 años que tiene una enfermedad que lo incapacita y su padre, madre o tutor está capacitado para dar atención de enfermería especializada en casa? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba los nombres de los menores:

¿Alguien de su grupo familiar tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ERSD)? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?

Para agilizar el trámite de su solicitud.

Incluya en su solicitud comprobantes (p. ej., estados de cuenta, declaraciones de impuestos sobre propiedades, contratos de servicios funerarios, pólizas de seguro, etc.) para cualquiera de las preguntas anteriores. **Envíe copias de los documentos. No envíe documentos originales.** Si los comprobantes no se presentan con la solicitud, es posible que reciba una carta indicando lo que necesitamos antes de que podamos terminar de procesar su solicitud.