

Agregar una Persona a una Programa Existente

HW2018S | REV 8/2016

Utilice este forma para agregar a una persona a un caso existente

Complete este formulario para agregar a alguien nuevo a su caso existente, como alguien que recientemente se mudó a su hogar o un bebé nacido recientemente. Si ya debe hacer su reevaluación, no se agregará a la nueva persona a menos que complete la reevaluación.

Si la persona que va a agregar es un niño que necesita Cuidado de Niños, también debe llenar el **Formulario de Proveedor de Cuidado de Niños**.

Comunicarse Con el Departamento

Correo: P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026

Teléfono: 1-877-456-1233

Fax: 1-866-434-8278

En línea: healthandwelfare.idaho.gov

Su información

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Fecha de nacimiento	
Número de seguro social	Número de caso (si se conoce)	Programas solicitados		<input type="checkbox"/> alimentos	<input type="checkbox"/> financiera		
				<input type="checkbox"/> para el cuidado infantil	<input type="checkbox"/> de seguro de salud		
Dirección		Ciudad		Estado		Código postal	
						Condado	
Teléfono durante el día				Tipo de teléfono (escoja uno) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Mensaje			

Para la nueva persona, díganos:

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufrido		Nombres anteriores, si los hay	
Número de seguro social	Fecha da nacimiento	Sexo	Fecha en que se unió al hogar		¿La persona es discapacitada?				
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Mes Día Año		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
¿Está vacunada esta persona?		Estado civil							
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado							
¿Esta persona está solicitando o recibiendo Cuidado de Crianza o Asistencia de Adopción?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Estaba en Cuidado de Crianza de Idaho al cumplió 18 años?			
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
¿La nueva persona ha recibido Cupones para Alimentos en otro hogar este mes?						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Raza/Origen étnico		¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional?		Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible?					
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Complete las preguntas a-b.					
a. Tipo de documento de inmigración: _____					b. Número identificación del documento: _____				

¿Es estudiante esta persona? No Sí. De ser así, complete lo siguiente:

Nombre de la escuela		Horas por semana		Fecha de graduación		Tipo de escuela			
						<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad. Responda las preguntas a-d.			
a. Tipo de inscripción		b. Clase de estudiante			c. ¿También trabaja mientras estudia?		d. ¿Son todas las clases por internet?		
<input type="checkbox"/> pregrado <input type="checkbox"/> posgrado		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

Si está solicitando Cuidado de Niños para la nueva persona, indique:

¿Participa alguno de los integrantes de su hogar en un programa de trabajo/capacitación ofrecido por un refugio para personas sin hogar?
 No Sí. Si la respuesta es sí, pídale a la agencia que provea el **Formulario de Actividad de Cuidado de Niños**.

Información fiscal del hogar

Utilice los siguientes códigos, indique el estatus como contribuyente de cada persona en el hogar.

PTF - Contribuyente Primario **DIH** - Reclamado como dependiente por alguien en el hogar **WF** - No someterá impuestos

MFJ - Casado, contribuye en conjunto **DOH** - Reclamado como dependiente por alguien fuera del hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro social	Relación con usted	Estado civil de impuestos	¿Quién será el contribuyente fiscal primario para los dependientes?

Cuéntenos acerca de los ingresos de su hogar Marque esta casilla si no hay ingresos que lleguen a su hogar.

Díganos acerca de todos los ingresos recibidos en su hogar. Queremos saber sobre los últimos 30 días, así como el dinero que reciben trimestral o anualmente. Ingreso se considera el dinero que se recibe (salarios o sueldo) de un trabajo para un empleador o por cuenta propia, o recibido de fuentes que no sean Seguro Social, pensión alimenticia, beneficios por desempleo, regalos, ingresos por rentas, ingreso por retiro, pagos de juegos de azar tribales, etc.

Persona con ingresos	Tipo de ingreso	Empleador	Frecuencia de pago (semanal, cada 2 semanas, 2 veces al mes, cada mes)	\$ por hora	Horas por semana	Cantidad total mensual

Indique su Ingreso Anual Anticipado (AAI, Anticipated Annual Income)

Ingrese en la línea a continuación su AAI, que es el ingreso bruto total exento de impuestos que espera recibir este año en su casa (enero a diciembre). Incluya ingresos tales como salarios, sueldos, retiro, discapacidad del Seguro Social, empleo independiente y renta. NO incluya ingresos de Seguro Social recibido como Sobrevivientes o el Ingreso Suplementario de Seguro Social (también conocido el Título XVI), pagos tribales o cualquier otro ingreso que esté exento de impuesto.

\$ _____

Cuéntanos acerca de los vehículos, los recursos y bienes de propiedad de cualquier persona en el hogar

Vehículos motores - Háblenos de todos los vehículos, incluyendo automóviles, camiones, motocicletas, remolques, embarcaciones, motos de nieve y otros vehículos recreativos que posee su hogar.

Dueño	Año, marca y modelo	Valor actual	Indicar uso primario (elegir uno)
			<input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Ir a trabajo <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Recreativo <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Produce ingreso <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Ir a trabajo <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Recreativo <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Produce ingreso <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Ir a trabajo <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Recreativo <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Produce ingreso <input type="checkbox"/> Personal (otro)

Recursos - Enumere todos los recursos que su hogar posee, incluyendo dinero en efectivo, cuentas de cheques y ahorros, acciones, bonos, fondos mutuos, 401K, IRA, fideicomisos, CDs, pólizas de seguros de vida, fondos de entierro, etc.

Nombre/Dueño	Tipo de recurso	Nombre de institución financiera	Número de cuenta	Valor actual

Propiedad - Háblanos de todos los demás bienes (incluyendo su casa) de posea cualquier persona que viva en su casa.

Nombre/Dueño	Tipo de propiedad	Dirección de la propiedad	Valor	Indicar uso primario (elegir uno)
				<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Ingresos de renta <input type="checkbox"/> Negocios/Autoempleo <input type="checkbox"/> Otro: _____
				<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Ingresos de renta <input type="checkbox"/> Negocios/Autoempleo <input type="checkbox"/> Otro: _____
				<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Ingresos de renta <input type="checkbox"/> Negocios/Autoempleo <input type="checkbox"/> Otro: _____

Cuéntanos acerca de los gastos de todos en la casa, incluyendo la nueva persona

Incluya información de los siguientes tipos de gastos (si aplica): Renta, hipoteca, seguro, impuestos a la propiedad, manutención para los niños y costos de servicios médicos.

Quién tiene el gasto	Tipo de gasto	Cantidad	¿Frecuencia de pago?
		\$	
		\$	
		\$	

Información acerca de acontecimientos recientes en su vida

Use las casillas a continuación para indicarnos si se han producido importantes acontecimientos en la vida de cualquier integrante de su hogar en los últimos 60 días. Indique la fecha en que el evento se produjo por cada casilla marcada.

<input type="checkbox"/> Algún integrante de su hogar recientemente perdió o espera perder la cobertura de seguro médico en los próximos 60 días Fecha en que ocurre:	<input type="checkbox"/> Algún contribuyente fiscal en su hogar agregó recientemente un nuevo dependiente de impuestos Fecha en que ocurrió:
<input type="checkbox"/> Un integrante de su hogar se convirtió recientemente en ciudadano o migrante legal de Estados Unidos Fecha en que ocurrió:	<input type="checkbox"/> Su familia recientemente se mudó a Idaho Fecha en que ocurrió:
<input type="checkbox"/> Una persona se mudó o salió de su hogar Indique causa: <input type="checkbox"/> Tuvo un bebé <input type="checkbox"/> Se casó <input type="checkbox"/> Se divorció <input type="checkbox"/> Adoptó o cuida temporalmente un niño <input type="checkbox"/> Otro Fecha en que ocurrió:	<input type="checkbox"/> Su familia recientemente se mudó dentro de Idaho Fecha en que ocurrió:
	<input type="checkbox"/> El ingreso en su hogar cambió recientemente Indique cómo: <input type="checkbox"/> Aumentó <input type="checkbox"/> Disminuyó Fecha en que ocurrió:

Información de seguro de salud

¿Entre las personas aplicando para cobertura médica, hay alguien que necesite ayuda para pagar gastos médicos de los últimos tres meses?

No. Sí. Llene preguntas a) y b).

a. Si la respuesta es afirmativa, díganos quien:

b. Si respondió que sí, díganos para cuál de los tres meses necesita la asistencia y el ingreso bruto de la familia (antes de impuestos) recibido en cada uno de dichos meses.

Mes:	Total (\$)	Mes:	Total (\$)	Mes:	Total (\$)

¿Tiene esta persona otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de póliza	Nombre de compañía	Si esta persona está embarazada, indicar fecha de término:	¿Cuánto se debe?
--	------------------	--------------------	--	------------------

Si la nueva persona es menor a 18 años y uno de sus padres no vive en el hogar, llene lo siguiente:

Información del padre sin la custodia

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento	Número de seguro social

Firma (debe ser completado)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo la información que he reportado es verdadera y completa. Entiendo que los cambios reportados afectan el monto del beneficio.

Firma del solicitante / representante autorizado / Agente / Broker

Teléfono

Nombre en letra de impreta del solicitante / representante autorizado / Agente / Broker

Fecha