

Solicitud para asistencia de cobertura de salud

HW2014S



Asistencia para cobertura de salud

El Programa de asistencia para la cobertura médica ofrece asistencia en la cobertura médica de acuerdo con las necesidades individuales. Las familias elegibles pueden calificar para Medicaid o para pagos anticipados de créditos de impuestos (APTC) para ayudar a pagar las primas de cobertura de salud o planes privados asequibles de seguro médico.

Rev 12/17/2015

Quién puede usar esta solicitud

- Utilizar esta forma para solicitar Asistencia de atención médica incluyendo *Medicaid*, *CHIP*, o pagos anticipados de un Crédito de impuestos (*APTC*) para cualquier persona en su familia.
- Solicite incluso si usted o su hijo ya tiene cobertura de salud. Usted podría ser elegible para la cobertura de menor costo.
- Las familias con inmigrantes pueden solicitarla. Puede hacer la solicitud para su hijo aunque usted no sea elegible para la cobertura. La solicitud no afecta su condición migratoria o la posibilidad de convertirse un residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, o usted la llena a nombre de alguien más, tal vez deba llenar el formulario Representante Autorizado (**Apéndice A**).

Qué necesita para hacer la solicitud

- Información del empleador o de ingresos para todos en su familia (por ej., comprobantes de pago, devolución de impuestos u otros comprobantes de salarios o declaraciones de impuestos)
- Nos. de Seguro Social (o número de documento para inmigrantes legales)
- Prueba de identidad (por ejemplo, licencia de manejo o pasaporte)
- Número de pólizas de seguros de salud vigentes
- Información sobre seguros de salud relacionados con el trabajo para integrantes de su hogar

Por qué pedimos esta información

Le preguntamos sobre el ingreso y pedimos más información de su casa para saber a qué tipo de asistencia califica. La cantidad o tipo de asistencia a la que califique depende del número de personas en su hogar, sus ingresos y gastos y la relación de unos con otros. Esta información nos ayuda a garantizar que recibe la asistencia a la que es elegible.

Mantenemos la información confidencial y segura, conforme a la ley.

Oportunidad equitativa para los solicitantes

Conforme a la ley federal y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EUA (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho prohíbe la discriminación con base en la raza, color, nacionalidad, género, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con HHS en:

U.S. Department of Health & Human Services
Room 506F, 200 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20201

Correo electrónico: ocrcomplain@hhs.gov; Voz: (202) 619-0403; TTY: (202) 619-3257

Qué sigue

Envíe su solicitud completa y firmada por correo, fax o correo electrónico, con la siguiente información:

Correo:
Self Reliance Programs
PO Box 83720
Boise, ID 83720-0026

Fax:
1-866-434-8278

Correo electrónico:
MyBenefits@dhw.idaho.gov

Obtenga ayuda con esta solicitud

En línea: healthcare.gov

Teléfono: 1-877-456-1233

Correo electrónico: MyBenefits@dhw.idaho.gov

En persona: Visite nuestro sitio web o llame al 1-877-456-1233 y pregunte por una oficina local.

Intérprete de idiomas: Llame al 2-1-1 o 1-800-926-2588 o TTY 1-800-377-3529

Acerca de usted

Usted es la persona de contacto primario para esta solicitud.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	2. Fecha de nac.	3. Nombres anteriores, si hay
4. Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
5. Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
6. Teléfono de día	7. Tipo de teléfono (elijá uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		8. Si no tiene, ¿dónde podemos dejarle mensaje? Teléfono:		9. Correo electrónico
10. Idioma que habla de preferencia (de no ser inglés):			11. Idioma que escribe/lee de preferencia (de no ser inglés):		
12. Si lo entrevistan, ¿quiere un intérprete (se proporciona sin costo)? ¿Quiere usted un intérprete si usted sea entrevistado (se le proporcionara uno sin costo alguno)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
13. ¿Es usted está solicitando Asistencia para la cobertura médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
14. No. de Seguro Social	15. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	16. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No casado	17. ¿Embarazada? En caso afirmativo, fecha de parto ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
18. Razo <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio-americana/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isla del Pacífico, Nombre de la tribu: _____			19. ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	20. Estado de nac., si nació en EUA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
21. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Conteste las preguntas a-d. a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. No. de documento de ID: _____ c. ¿Vivió en EUA desde 1996? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí d. ¿Es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas de EUA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
22. ¿Es usted planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual? <input type="checkbox"/> No. Pasar a la pregunta c. <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a, b, c. a. ¿Es usted piensa presentarla junto con un cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Complete partes i y ii. i. Nombre del cónyuge: _____ <i>Si su hogar es aprobado para el Crédito Fiscal en la Prima y si decide comprar seguro médico por medio de Your Health Idaho (YHI), un adulto contribuyente al fisco será seleccionado como el titular principal de la cuenta en su hogar. Indique el esposo/a que desee seleccionar.</i> ii. Nombre del seleccionado titular principal de la cuenta: _____ b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí De ser sí , nombre de dependientes: _____ c. ¿Va a ser reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí De ser sí , nombre de quien presenta la declaración: _____					

Puede autorizar a un amigo en quien confía, socio o un trabajador de casos de terceros como "representante autorizado" para que hable con el Departamento, vea su información y tome acciones a su nombre en asuntos relacionados con su caso.

¿Le gustaría nombrar a alguien como su representante autorizado? No Sí. Llene el **Apéndice A**.

Quién vive en su casa

A quién debe incluir en su solicitud

- Necesitamos información de **todos** los que vivan en la dirección física que anotó en la sección "Acerca de usted."
- Necesitamos información acerca de todos a los que va a incluir en su declaración de impuesto federal para este año, aunque no viven con usted. Tenga en cuenta que no es necesario declarar impuestos para obtener la cobertura de salud.
- Si necesita darnos información de más de 6 personas, haga una copia de las hojas o una hoja adicional.

Información opcional o no requerida

Se requieren casi todos los campos de esta sección, aunque algunos son opcionales para ciertos integrantes del hogar.

- No. de Seguro Social - opcional para personas que no solicitan asistencia, y personas que solicitan cobertura de salud de emergencia
- Situación de ciudadanía de EUA -opcional para las personas que no solicitan asistencia
- Raza - opcional
- Hispano o Latino - opcional

Continúe con cada persona que vive con usted. Para más información sobre a quién debe incluir, vea la página 1.

Persona 1 ¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? No Sí

¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? No Sí

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo		2. Nombres anteriores, si hay		3. Relación con usted	
4. No. de Seguro Social		5. Fecha de nac.		6. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		7. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No casado		8. ¿Embarazada? En caso afirmativo, fecha de parto ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
9. Razo <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio-americana/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isla del Pacífico, Nombre de la tribu: _____								10. ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		11. Estado de nac., si nació en EUA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

12. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? No Sí. Conteste las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. No. de documento de ID: _____

c. ¿Vivió en EUA desde 1996? No Sí d. ¿Es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas de EUA? No Sí

13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual?

No. Pase a la pregunta c. Sí. Conteste las preguntas a-c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? No Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? No Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

No Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración: _____

Persona 2 ¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? No Sí

¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? No Sí

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo		2. Nombres anteriores, si hay		3. Relación con usted	
4. No. de Seguro Social		5. Fecha de nac.		6. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		7. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No casado		8. ¿Embarazada? En caso afirmativo, fecha de parto ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
9. Razo <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio-americana/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isla del Pacífico, Nombre de la tribu: _____								10. ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		11. Estado de nac., si nació en EUA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

12. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? No Sí. Conteste las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. No. de documento de ID: _____

c. ¿Vivió en EUA desde 1996? No Sí d. ¿Es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas de EUA? No Sí

13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual?

No. Pase a la pregunta c. Sí. Conteste las preguntas a-c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? No Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? No Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

No Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración: _____

Persona 3 ¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? No Sí

¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? No Sí

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo		2. Nombres anteriores, si hay		3. Relación con usted	
4. No. de Seguro Social		5. Fecha de nac.		6. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		7. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No casado		8. ¿Embarazada? En caso afirmativo, fecha de parto ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
9. Razo <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio-americana/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isla del Pacífico, Nombre de la tribu: _____								10. ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		11. Estado de nac., si nació en EUA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

12. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? No Sí. Conteste las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. No. de documento de ID: _____

c. ¿Vivió en EUA desde 1996? No Sí d. ¿Es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas de EUA? No Sí

13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual?

No. Pase a la pregunta c. Sí. Conteste las preguntas a-c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? No Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? No Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

No Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración: _____

Continúe con cada persona que vive con usted. Para más información sobre a quién debe incluir, vea la página 1.

Persona 4

¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? No Sí

¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? No Sí

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo		2. Nombres anteriores, si hay		3. Relación con usted	
4. No. de Seguro Social		5. Fecha de nac.		6. Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		7. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> No casado		8. ¿Embarazada? En caso afirmativo, fecha de parto ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
9. Razo <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro-americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio-americana/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isla del Pacífico, Nombre de la tribu: _____								10. ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		11. Estado de nac., si nació en EUA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

12. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? No Sí. Conteste las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. No. de documento de ID: _____

c. ¿Vivió en EUA desde 1996? No Sí d. ¿Es veterano o miembro activo de las fuerzas armadas de EUA? No Sí

13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual?

No. Pase a la pregunta c. Sí. Conteste las preguntas a-c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? No Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? No Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

No Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración: _____

Díganos acerca de un acontecimiento reciente en su vida que califique

Si va a presentar una declaración de impuestos, complete el **Apéndice C**. Es posible que el Departamento necesite esta información como parte de la determinación de su elegibilidad para el APTC.

Cuéntenos acerca de su situación familiar para los solicitantes de asistencia cobertura de salud ?

1. ¿Alguien en su casa solicitó o ya recibe Asistencia por Cuidados temporales o Adopción? No Sí

a. De ser sí, quién? _____

2. ¿Alguien en Idaho sirvió de acogida temporal cuando cumplió 18 años? No Sí a. De ser sí, quién? _____

3. ¿Alguien en su casa ya recibe Medicaid de otro Estado? No Sí. De ser sí, indique cuándo y dónde.

a. (Fecha) Mes/Año Desde:	Hasta:	b. Ciudad	Estado	Condado
------------------------------	--------	-----------	--------	---------

4. ¿Alguien en su casa en mayor de 65 años o está discapacitado? No Sí. Llene el **Apéndice E**.

5. Si tiene niños en su casa, ¿tienen padre/madre que NO vivan con ellos? No Sí. De ser sí, indique quiénes son.

Nota: Se debe abrir un caso de apoyo médico para padres que no tienen la custodia en nombre de un hijo menor de edad, si uno o ambos padres no están en la casa. Usted debe cooperar con los servicios de apoyo infantil a menos que usted tema perjudicarse a usted mismo o a sus hijos como resultado de la apertura del caso de apoyo médico.

Marque esta casilla si teme causar daño a usted o a sus hijos como consecuencia de la apertura de un caso de asistencia médica.

Nombre del niño/a	Nombre del padre sin la custodia	No. de seguro social del padre sin la custodia	Fecha de nac. del padre sin la custodia

Acerca el ingreso en su casa

Indique todos los ingresos que se reciben en su casa. Nos interesa saber sobre los últimos 30 días, así como el dinero que se recibe trimestral o anualmente. El ingreso es dinero ganado (salarios o sueldo) de un trabajo o empleo independiente o no ganado pero que se recibe de fuentes como Seguro Social, beneficios desempleo, rentas, retiro, Pagos provenientes de juegos en casinos de tribus etc. Si necesita agregar a más integrantes de su hogar, copie esta página o agregue una hoja adicional.

Ingreso 1

1. Nombre de la persona con el ingreso:

Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.

2. Nombre del empleador 3. Teléfono del empleador 4. Promedio de horas trabajadas cada semana

5. Salarios/propinas (antes de impuestos)

\$ pagado por hora por semana Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año

6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) No Sí ¿Por qué?

Ingresos de su negocio propio - Escriba acerca de cualquier ingreso que esta persona obtiene de un negocio propio.

7. Nombre del negocio a. Tipo de trabajo b. Años en el negocio c. Ingreso neto estimado este mes

Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.

8. Fuente de ingreso b. Cantidad c. Pagado con qué frecuencia
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año

Ingreso 2

1. Nombre de la persona con el ingreso:

Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.

2. Nombre del empleador 3. Teléfono del empleador 4. Promedio de horas trabajadas cada semana

5. Salarios/propinas (antes de impuestos)

\$ pagado por hora por semana Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año

6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) No Sí ¿Por qué?

Ingresos de su negocio propio - Escriba acerca de cualquier ingreso que esta persona obtiene de un negocio propio.

7. Nombre del negocio a. Tipo de trabajo b. Años en el negocio c. Ingreso neto estimado este mes

Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.

8. Fuente de ingreso b. Cantidad c. Pagado con qué frecuencia
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año

Ingreso 3

1. Nombre de la persona con el ingreso:

Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.

2. Nombre del empleador 3. Teléfono del empleador 4. Promedio de horas trabajadas cada semana

5. Salarios/propinas (antes de impuestos)

\$ pagado por hora por semana Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año

6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) No Sí ¿Por qué?

Ingresos de su negocio propio - Escriba acerca de cualquier ingreso que esta persona obtiene de un negocio propio.

7. Nombre del negocio a. Tipo de trabajo b. Años en el negocio c. Ingreso neto estimado este mes

Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.

8. Fuente de ingreso b. Cantidad c. Pagado con qué frecuencia
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año
 Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Cada mes Cada año

Ingreso anual esperado (AAI)

Debe completar el **Apéndice D** para que nos proporcione su ingreso bruto anual previsto para el año en curso (enero-diciembre).

Acerca de la situación de su cobertura de salud

1. ¿Hay alguien que esté solicitando cobertura de salud quiere ayuda para pagar los gastos médicos de los últimos **3 meses**?

No. Pase al #2. Sí. Complete las preguntas a. y b.

a. Si la respuesta es afirmativa, díganos quién

b. Si la respuesta es afirmativa, cuéntenos por cuál de los últimos 3 meses necesita ayuda, y indique el ingreso bruto del hogar (antes de impuestos) recibido por su familia en cada uno de los últimos tres meses:

Mes (nombre)	Suma (\$)	Mes (nombre)	Suma (\$)	Mes (nombre)	Suma (\$)

2. Para todos los niños (menores de 19) que están aplicando, nos dicen si están recibiendo actualmente la cobertura de salud y qué servicios están cubiertos por ese seguro de salud. Marque todos los servicios que aplican.

Niño 1

Nombre del niño asegurado

Servicios de hospital como paciente internado / externo

Servicios de médicos / quirúrgicos Servicios de lab. Servicios de rayos X Ninguna de las anteriores

Niño 2

Nombre del niño asegurado

Servicios de hospital como paciente internado / externo

Servicios de médicos / quirúrgicos Servicios de lab. Servicios de rayos X Ninguna de las anteriores

Niño 3

Nombre del niño asegurado

Servicios de hospital como paciente internado / externo

Servicios de médicos / quirúrgicos Servicios de lab. Servicios de rayos X Ninguna de las anteriores

Niño 4

Nombre del niño asegurado

Servicios de hospital como paciente internado / externo

Servicios de médicos / quirúrgicos Servicios de lab. Servicios de rayos X Ninguna de las anteriores

3. ¿Cualquier persona que solicite la asistencia de cobertura de salud que actualmente reciben la cobertura de cualquiera de los siguientes?

No Sí. De ser sí, marque abajo el tipo de cobertura y anote el nombre de la(s) persona(s) enseguida del tipo de cobertura.

CHIP ¿Quién? _____ Seguro del empleados ¿Quién? _____
 (De ser sí, llene el **Apéndice B.**)
 Medicare ¿Quién? _____ VA Health Care ¿Quién? _____
 TRICARE ¿Quién? _____ Peace Corps ¿Quién? _____

4. ¿Alguien tiene acceso al seguro de salud por el trabajo? Marque "sí" aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona como un padre o cónyuge.

No Sí. De ser sí, llene el **Apéndice B.**

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Entiendo que...

(Escriba sus iniciales en cada declaración abajo)

_____ Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Me podrían multar y requerirme que devuelva cualquier beneficio que reciba si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o penales en mi contra, incluyendo un juicio.

_____ Doy mi consentimiento para la recopilación, uso y divulgación de mi información por parte del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o sus designados. Entiendo que la información se necesita con el fin de proporcionar beneficios o servicios, obtener pago por mis servicios o beneficios, y para las operaciones comerciales normales del Departamento.

_____ Doy mi consentimiento para la recopilación y el uso de los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos para determinar la elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de salud en los próximos años (hasta 5 años). Voy a recibir una notificación cuando esto ocurra, puedo hacer los cambios y puede optar por dejarlo en cualquier momento.

_____ Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Departamento ya ha utilizado y divulgado mi información en virtud de esta autorización. Si revoco este consentimiento, el Departamento no puede proporcionar más beneficios o servicios.

_____ Se me notificará del derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación.

_____ Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

_____ Si estoy determinado elegible para Medicaid, el plan que será inscrito en depende de mis necesidades individuales.

_____ Al solicitar los beneficios para un menor de edad, se debe abrir un caso de asistencia médica, si corresponde. Si estoy recibiendo beneficios para mí, el no cooperar con los Servicios de Manutención de Niños puede dar lugar a una pérdida o disminución de mis beneficios.

_____ Si se me determina elegible para Medicaid, puedo ser responsable de pagar una parte del costo de la cobertura de salud de mi hijo, y yo seré notificado de mi monto del copago.

_____ Mi firma o la firma de mi representante, autoriza a las oficinas del Estado comunicarse con las compañías de seguros relacionadas con mi asistencia médica y/o la de mi hijo.

_____ Tengo el derecho de elegir el médico de atención primaria de *Healthy Connections*, para solicitar remisiones para los servicios, y para cambiar el médico/clínica si mis circunstancias cambian.

_____ Si recibo Medicaid después de 55 años de edad, mi propiedad puede estar sujeta a la recuperación de los gastos médicos pagados en mi nombre, y que cualquier transferencia de activos puede ser anulada por un tribunal si no recibo el valor adecuado.

_____ Si un partido tercero es responsable de la enfermedad o lesión de mi hijo, otorgo a Medicaid cualquier derecho que yo pueda tener, o adquirir en el futuro, para ser indemnizado por la parte responsable de los beneficios médicos que recibo para mí mismo/ mis hijos.

_____ Si recibo Asistencia para la cobertura médica, tengo la obligación de informar los cambios obligatorios específicos que se requieren para ese programa descrito en la Notificación de aprobación.

_____ Puedo ser requerido a cooperar con los revisores estatales o federales que se están asegurando de que mis beneficios sean correctos. Puede ser que no sea elegible para recibir beneficios si no coopero.

_____ Si se ha decidido que soy elegible para el Pago anticipado de la prima del Crédito de impuesto (APTC) y uso estos fondos para la compra de un plan médico calificado (QHP), se conciliará cualquier discrepancia entre mi ingreso reportado, el cual fue utilizado para determinar la elegibilidad y el monto del crédito de impuestos, con el ingreso final reportado en mis impuestos al final del año calendario. El IRS será responsable de la realización de esta conciliación, y cualquier discrepancia puede dar lugar a un ajuste del crédito de impuestos, incluyendo el derecho a fondos adicionales o reembolso de los fondos pagados que me hayan pagado de más.

Antes de llenar esta solicitud:

- Si quiere que alguien que sea su representante autorizado, llene el **Apéndice A**.
- Si alguien en su hogar tiene acceso a seguro de salud de un puesto de trabajo, incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o un cónyuge, o si usted actualmente tiene seguro de salud a partir de un trabajo, debe completar el **Apéndice B**.
- Si planea presentar una declaración de impuestos, asegúrese de proporcionar en el **Apéndice C** la información acerca de acontecimientos en su vida que califiquen.
- Si alguien en su casa solicita la asistencia para la cobertura de salud, asegúrese de proporcionar en el **Apéndice D** su ingreso anual esperado.
- Si alguien en su casa es mayor de 65 años o está discapacitado, usted **DEBE** llenar el **Apéndice E**.

Firma (Requerido)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Mi firma confirma que he leído y entiendo los Derechos y Responsabilidades de los que aparecen en esta página y entiendo mis requisitos de reporte de cambios.

Firma del solicitante/representante autorizado

Fecha

Firma del solicitante/representante autorizado

Fecha

Apéndice A

Forma del representante autorizado

Usted puede nombrar a alguien como un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de confianza, como un amigo, socio o trabajador social de terceros para hablar de esta solicitud con nosotros, ver su información, y tomar acciones en su nombre en todas las cuestiones relacionadas con esta solicitud, incluyendo la obtención de información acerca de su solicitud y firmar la solicitud en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado."

Si alguna vez tiene que cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con el Departamento para completar un nuevo Formulario de Representante Autorizado.

Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

Indique a quién quiere nombrar como su representante autorizado

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Dirección				Departamento o número de suite	
Ciudad			Estado	Código postal	Condado
Teléfono	Tipo de teléfono (elijá uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cel.		Correo electrónico		
Nombre de la organización (si es un trabajador de casos de terceros)				ID de la organización (si corresponde)	

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y tome acciones por usted en todos los asuntos futuros con el Departamento.

Firma del solicitante

Fecha

Apéndice B

Cobertura de salud de empleos

Completar este apéndice si alguien en la familia tiene acceso o actualmente está cubierto por la cobertura de salud. Adjunte una copia de esta página para cada puesto de trabajo que ofrece cobertura.

Información del empleado

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Número de seguro social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Correo electrónico		

Enumere todas las personas que son elegibles para la cobertura de este trabajo: _____

¿Perdió la oportunidad de inscribirse durante el periodo de inscripción para cobertura de salud en su empleo y tiene ahora que esperar hasta el próximo periodo de inscripción?

Sí. Si contestó sí, NO conteste la siguiente pregunta. No

Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿Cuándo puede inscribirse en la cobertura (MM/DD/AAAA)? _____

Información el plan de salud (debe ser completado por el empleador)

1. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo? * Sí No

2. ¿El plan cumple con la cobertura mínima esencial? ** Sí No

Para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo estándar* ofrecido **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares):

3. Si el empleador tiene programas de salud, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Trimestral Anual

Información del empleador

Nombre de empleador	Teléfono	Correo electrónico
---------------------	----------	--------------------

Nombre de la Persona Completando esta Forma _____

¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo (si es diferente)? _____

Firma (Requerido)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa.

Firma del empleador

Fecha

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación de los costos de los beneficios permitidos totales cubiertos por el plan del plan es no menor del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

** Un plan médico patrocinado por el empleado cumple con la "cobertura mínima esencial" si cumple con los beneficios médicos esenciales definidos en el 1302(a) de la Ley de atención médica asequible.

Apéndice C

Díganos acerca de un acontecimiento reciente en su vida que califique

Si alguien en su casa solicita la asistencia para la cobertura de salud, complete este apéndice. Es posible que esta información sea necesaria para determinar su elegibilidad para el Anticipo del crédito fiscal premium (APTC).

Nombre completo de quien solicita el impuesto primario para el hogar: _____

- Si hay más de una persona que contribuya al fisco en su casa (no contando al cónyuge si someten sus impuestos en conjunto) usted debe completar un apéndice por **cada** contribuyente en su hogar.
- Asegúrese de escribir el nombre completo de la persona que solicita el impuesto en cada apéndice que complete. Sólo incluya información acerca de los integrantes de su hogar gravables asociados a la persona que solicita el impuesto.

Conteste las preguntas a continuación con base en cualquier acontecimientos de vida en los últimos 60 días, a menos que se indique lo contrario.

1. ¿Algún integrante de su hogar perdió recientemente o espera perder en los próximos 60 días la cobertura de su seguro de salud?

No Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió (o va a ocurrir) el evento? _____

2. ¿Algún integrante de su hogar recientemente se convirtió en ciudadano de o es inmigrante legal en Estados Unidos?

No Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

3. ¿Alguna persona se mudó o se salió de su casa? No Sí. De ser así, complete lo siguiente:

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Por qué se mudó o se salió de su casa? Tuvo un bebé Se casó Se divorció

Adoptó o cuida temporalmentd un niño Otro

4. ¿Algún contribuyente tributario existente en su hogar recientemente tuvo un nuevo Dependiente Tributario?

No Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

5. ¿Cambió su hogar recientemente a Idaho?

No Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

6. ¿Cambió su hogar recientemente dentro de Idaho?

No Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

7. ¿Los ingresos de su hogar cambiaron recientemente? No Sí. De ser así, complete lo siguiente:

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Aumentaron o disminuyeron los ingresos de su hogar? Aumentaron Disminuyeron

*Consulte la pregunta 13 en las páginas 2 y 3 de esta solicitud. Si marcó "Sí" en más de una persona, y la(s) persona(s) adicional(es) no es un cónyuge que presenta su declaración en conjunto o un dependiente, puede tener más de un integrante gravable en su hogar.

Apéndice D

Hoja de cálculo del ingreso anual esperado

Si alguien en su hogar solicita la asistencia para la cobertura de salud, complete esta hoja de cálculo. La información que proporcione la utilizaremos para determinar su elegibilidad para el APTC.

Su Ingreso anual esperado (Anticipated Annual Income, AAI) es el ingreso bruto gravable que espera recibir para el año en curso (enero-diciembre).

Complete cada sección de ingresos que corresponda a su hogar para todo el año. Projete o calcule el ingreso para los próximos meses con base en su situación actual y los cambios esperados. Si necesita ayuda para determinar a quién contar en su hogar, consulte la página 1 de esta solicitud.

Si ya conoce el AAI total de su hogar, puede pasar a la segunda página de esta hoja de cálculo e ingresar la cifra anual con un número.

Ingreso obtenido

El ingreso obtenido es dinero que se gana, como salarios, propinas, o sueldo de un trabajo, o ingresos del trabajo por cuenta propia. Utilice las tablas a continuación para agregar el ingreso bruto ganado (ingresos antes de impuestos) para todos los miembros de su familia para cada mes del año en curso. Agregue el ingreso por cuenta propia como ingreso neto (en lugar del bruto). Incluya el nombre de la fuente del ingreso, como un nombre del empleador, para cada entrada. Pida o haga una copia de esta hoja de trabajo si tiene más de tres integrantes del hogar con ingresos ganados.

Nombre de la persona 1:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Nombre de la persona 2:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Nombre de la persona 3:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Continúe con la siguiente página o el reverso de esta hoja de cálculo e ingrese la información sobre el ingreso no derivado del trabajo para su hogar o ingrese su AAI como un solo número.

Ingreso no derivado del trabajo

Ingreso por Seguro Social

Utilice la tabla a continuación para ingresar el Ingreso total del Seguro Social para todos los integrantes de su hogar para cada mes del año en curso. NO reste los pagos que pueda hacer del monto a que tiene derecho. Incluya el Ingreso del Seguro Social por Discapacidad y el Ingreso del Seguro Social por retiro. NO incluya a los sobrevivientes del Seguro Social o el Ingreso Complementario del Seguro (también conocido como el Título XVI).

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Nombre de la persona con el ingreso:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Nombre de la persona con el ingreso:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Nombre de la persona con el ingreso:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Nombre de la persona con el ingreso:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Otro ingreso no derivado del trabajo

Utilice las tablas a continuación para incluir el ingreso no derivado del trabajo como alquiler, jubilación, desempleo, y los pagos de juegos tribales de todos los integrantes de su hogar cada mes del año en curso. Si tiene más de dos integrantes del hogar con otros ingresos no derivados del trabajo, solicite o haga una copia de esta hoja de cálculo. No incluya los ingresos tribales distintos de los pagos de juegos tribales, o cualquier ingreso que no sea gravable.

Nombre de la persona 1:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Nombre de la persona 2:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Ingreso anual esperado (AAI) como una cifra

A continuación puede proporcionar su AAI como una sola cifra. Incluya todo el ingreso bruto gravable de los integrantes de su hogar gravables para el año en curso. No incluya ingreso que no sea gravable.

\$ _____

Apéndice E

Ingreso adicional, recursos, gastos en el hogar y servicios médicos

Llene este anexo si alguien en su casa es mayor de 65 años o está discapacitado.

- Estados financieros que muestran el valor de las cuentas financieras (por ejemplo, cuentas bancarias, estados de acciones/bonos, pólizas de seguros de vida, etc.)
- Valor de los vehículos, incluidos los vehículos recreativos
- Información de gastos de todos los integrantes de su familia (por ejemplo, costos por cuidado de niños o adultos, pago de manutención e menores, gastos de vivienda, gastos médicos, servicios públicos, etc.)
- Los ingresos no ganados incluyendo la manutención de menores, SSI, regalos, ingreso de veterano, compensación del trabajador

Acerca de sus vehículos, recursos y propiedad

- 1. Vehículos motores** - Indique todos los vehículos, incluyendo autos, camiones, motocicletas, remolques, lanchas, motos para nieve y otros vehículos recreativos propiedad de su familia.

Propietario	Año, marca y modelo	Valor actual	Uso primario de este vehículo (elija uno)
			<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Ir a trabajar <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Recreativo <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Producir ingreso <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Ir a trabajar <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Recreativo <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Producir ingreso <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Ir a trabajar <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Recreativo <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Producir ingreso <input type="checkbox"/> Personal (otro)

- 2. Recursos** - Indique todos los recursos propiedad de su familia, incluyendo dinero en efectivo a la mano, cuentas de cheques y ahorros, acciones, bonos, fondos mutuos, 401K, IRA, fideicomisos, certificados de depósito, pólizas de seguros de vida, fondos de entierro, etc.

Nombre/propietario del recurso	Tipo de recurso	Nombre de institución financiera	Número de cuenta	Valor actual

- 3. Propiedad** - Indique sobre cualquier otra propiedad (incluyendo su casa) de la que sea dueña cualquier persona que viva en su casa.

Nombre/dueño de la propiedad	Tipo de propiedad	Dirección de la propiedad	Valor	Uso primario para esta propiedad (elija uno)
				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Ingreso por renta <input type="checkbox"/> Negocio/Empleo independiente <input type="checkbox"/> Otro:
				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Ingreso por renta <input type="checkbox"/> Negocio/Empleo independiente <input type="checkbox"/> Otro:
				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Ingreso por renta <input type="checkbox"/> Negocio/Empleo independiente <input type="checkbox"/> Otro:

4. Venta o transferencia de recursos y propiedad - Indique sobre todos en su casa que hayan vendido, transferido o regalado dinero, propiedad y otros activos en los últimos cinco años.

Nombre	Fecha de transacción	Activos	Cantidad recibida	Valor de mercado

5. Gastos de vivienda - Indique sobre sus gastos del hogar recurrentes. Cuando indique la cantidad de cada gasto, sólo incluya la cantidad que paga su familia. Si sus pagos de la hipoteca incluyen otros pagos, como el riego, impuestos a la propiedad, cuota de mantenimiento, etc., desglose y registre a continuación por separado.

Renta por mes \$	Hipoteca por mes \$	2ª hipoteca por mes \$	Renta de espacio por mes \$
Riego \$ por	Impuesto de la propiedad \$ por	Cuotas de mantenimiento \$ por	Seguro de propiedad \$ por

Marque los cuadros a continuación para cada servicio público que paga que no está incluido en su renta o hipoteca:

Calefacción
 Aire acondicionado
 Agua
 Drenaje
 Basura
 Teléfono

Nombre del arrendador _____ Número de contacto del arrendador _____

6. Gastos individuales - Use el siguiente espacio para indicar los gastos individuales sólo del individuo en su hogar es mayor de 65 años o discapacitado. Los gastos permitidos incluyen manutención de menores pagada, algunos gastos médicos, y primas de seguro de salud.

Nombre de la persona del gasto	Tipo de gasto	Cantidad	Frecuencia del pago
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

7. Ingreso no ganado - Use el siguiente espacio para indicar la fuente de ingresos no derivados del trabajo, como manutención de menores, SSI, regalos, compensación del trabajador, ingreso de veterano, Asistencia general BIA, TANF tribal, distribuciones en efectivo Alaska Native Corporation, o arrendamientos o fideicomisos de tierras tribales o de propiedad individual, etc.

Nombre e la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Cantidad	Frecuencia del pago
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

8. ¿Alguno de los solicitantes tienen una solicitud pendiente de discapacidad del Seguro Social? No Sí

a. De ser sí, quién? _____

9. ¿Alguno de los solicitantes necesita servicios médicos prestados en el hogar? No Sí

a. De ser sí, quién? _____

10. ¿Alguno de los solicitantes vive en un centro de atención médica? No Sí

a. De ser sí, quién?	b. Nombre del centro	c. Tipo de establecimiento <input type="checkbox"/> Asilo de Anciano <input type="checkbox"/> Cuidado en el hogar <input type="checkbox"/> Otro	d. Teléfono
----------------------	----------------------	--	-------------