



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.

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.

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho no excluye o trata diferentemente a las personas debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EUA (HHS) o el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) a:

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

Department of Health and Welfare
Civil Rights Manager
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Para obtener más información sobre la política de no discriminación del Departamento de salud y bienestar, por favor visite healthandwelfare.idaho.gov/AboutUs/Discrimination.aspx.

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

Email:

MyBenefits@dhw.idaho.gov

Obtenga ayuda con esta solicitud

En línea: healthcare.gov

Teléfono: 1-877-456-1233

Email: MyBenefits@dhw.idaho.gov

En persona: Visite nuestro sitio de Internet o llame al 1-877-456-1233 para encontrar una oficina local.

Intérprete de idiomas : Llame al 1-877-456-1233, o para personas con discapacidad auditiva al 1-888-791-3004.

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) proporciona servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros.

Acerca de usted

Usted es la persona de contacto primario para esta solicitud.

1. ¿Es usted está solicitando Asistencia para la cobertura médica? No Sí

2. Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____ 3. Nombres anteriores, si los hay _____

4. Número seguro social _____ 5. Fecha de nacimiento _____ 6. Sexo M F 7. Estado Civil Casado Separado Divorciado Viudo Nunca casado

8. Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

9. Dirección de correo (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

10. Email _____ 11. Teléfono _____ Tipo de teléfono (escoja uno) Hogar Trabajo Celular 12. Si no tiene, ¿dónde le podemos dejar un mensaje? _____

13. ¿Embarazada? No Sí. Completar preguntas a-b. a. Fecha de parto _____ b. ¿Cuántos? _____ 14. ¿Vacunado? No Sí

15. Idioma preferido hablado (si no es inglés): _____ 16. Idioma preferido para escribir/leer (si no es inglés): _____

17. ¿Quiere usted un intérprete si usted sea entrevistado (se le proporcionara uno sin costo alguno)? No Sí

18. Raza Blanco Asiático Negro/Afro americano Indio americano/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico, Nombre de la tribu: _____

19. Hispano or Latino? No Sí 20. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? No Sí

21. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? No Sí. Completar preguntas a-b.
 a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____
La situación de extranjero está sujeta a verificación después de que se presente la información en su solicitud a USCIS. La respuesta por parte de USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de su hogar.

22. ¿Es usted planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual? No. Pasar a la pregunta c. Sí. Completar preguntas a-c.

a. ¿Es usted piensa presentarla junto con un cónyuge? No Sí **De ser sí, completar partes i-ii.** i. Nombre del cónyuge: _____
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.
 ii. Nombre del seleccionado titular principal de la cuenta: _____

b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? No Sí **De ser sí, nombres de dependientes:** _____

c. ¿Va a ser reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? No 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**.

Inglés (English)	ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).	Tagalog (Tagalog/Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).	Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-926-2588 (телетайп: 1-208-332-7205).
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 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)。	Français (French)	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-926-2588 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-208-332-7205).	日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-926-2588 (TTY:1-208-332-7205) まで、お電話にてご連絡ください。
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205)번으로 전화해 주십시오.	Română (Romanian)	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
नेपाली (Nepali)	ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोलुनुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नूहोस् 1-800-926-2588 (टिटिवाइ: 1-208-332-7205) ।	Ikirundi (Bantu-Kirundi)	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).
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 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).	فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما به دست می آید. (TTY: 1-208-332-7205) شماره 1-800-926-2588 را با ما تماس بگیرید.
العربية (Arabic)	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-926-2588 (رقم هاتف الصم والبكم: 7205-332-208-1).	Deutsch (German)	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-926-2588 (TTY: 1-208-332-7205).

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

Persona 1		¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Sufijo		2. Nombres anteriores, si los hay		3. Relación con usted	
4. Número de Seguro Social		5. Fecha de nacimiento		6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
7. Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado		8. ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , completar preguntas a-b.		a. Fecha de parto: _____	
b. ¿Cuántos? _____		9. ¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		10. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
11. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a-b.		a. Tipo de documento de inmigración: _____		b. Número documento ID: _____	
12. Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Nombre de la tribu: _____		<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____	
13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual? <input type="checkbox"/> No. Pase a la pregunta c. <input type="checkbox"/> Sí. Conteste las preguntas a-c.		a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombre del cónyuge: _____		b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombres de dependientes: _____	
c. ¿Esta persona será 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: _____					

Persona 2		¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Sufijo		2. Nombres anteriores, si los hay		3. Relación con usted	
4. Número de Seguro Social		5. Fecha de nacimiento		6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
7. Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado		8. ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , completar preguntas a-b.		a. Fecha de parto: _____	
b. ¿Cuántos? _____		9. ¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		10. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
11. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a-b.		a. Tipo de documento de inmigración: _____		b. Número documento ID: _____	
12. Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Nombre de la tribu: _____		<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____	
13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual? <input type="checkbox"/> No. Pase a la pregunta c. <input type="checkbox"/> Sí. Conteste las preguntas a-c.		a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombre del cónyuge: _____		b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombres de dependientes: _____	
c. ¿Esta persona será 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: _____					

Continúe con cada persona que vive con usted. Para más información sobre a quién debe incluir, vea la página 2.

Persona 3		¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Nombres anteriores, si los hay		3. Relación con usted	
4. Número de Seguro Social	5. Fecha de nacimiento	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	7. Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado
8. ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , completar preguntas a-b.	a. Fecha de parto: _____	9. ¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	10. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a-b.		a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____	
12. Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____	
13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual? <input type="checkbox"/> No. Pase a la pregunta c. <input type="checkbox"/> Sí. Conteste las preguntas a-c.			
a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombre del cónyuge: _____			
b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombres de dependientes: _____			
c. ¿Esta persona será 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: _____			

Persona 4		¿Esta persona está solicitando Asistencia para la cobertura médica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Esta persona vive actualmente en la misma dirección que el solicitante principal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Nombres anteriores, si los hay		3. Relación con usted	
4. Número de Seguro Social	5. Fecha de nacimiento	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	7. Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado
8. ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , completar preguntas a-b.	a. Fecha de parto: _____	9. ¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	10. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Completar preguntas a-b.		a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____	
12. Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska, Nombre de la tribu: _____	
13. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el año actual? <input type="checkbox"/> No. Pase a la pregunta c. <input type="checkbox"/> Sí. Conteste las preguntas a-c.			
a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombre del cónyuge: _____			
b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser sí , nombres de dependientes: _____			
c. ¿Esta persona será 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: _____			

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

1. ¿Alguien en su hogar está solicitando o ya reciben cuidado de crianza o asistencia de adopción?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, ¿quién?
2. ¿Alguien en Idaho sirvió de acogida temporal cuando cumplió 18 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, ¿quién?
3. ¿Alguien en su hogar recibe Medicaid de otro Estado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, completar preguntas a-c.
a. (Fecha) Mes/Año Desde: _____ Hasta: _____	b. Ciudad _____ Estado Condado _____	c. Tipo de asistencia recibida _____
4. ¿Hay alguien en su hogar de 65 años o discapacitado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así, llene el Apéndice D .
5. ¿Hay alguien en su hogar trabajando y cree que cumple con el estatus de discapacidad según lo determinado por la Administración del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Si es así, llene el Apéndice D .

Indique los otros padres de familia

Indique lo siguiente para cada uno de los niños que tiene un padre de familia (o padres de familia) que NO vive con ellos. Se proporcionará información a los Servicios de Sostenimiento para los Niños con el fin de conseguir un caso de sostenimiento para los niños si es elegible. Debe cooperar con los Servicios de Sostenimiento para los Niños a menos que tenga miedo de daños en su contra o de sus niños como resultado de la apertura de un caso de sostenimiento para los niños.

Otro padre 1 <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si teme causar daño a usted o a sus hijos como consecuencia de la apertura de un caso de asistencia médica.				
1. Nombre del niño/a	2. Nombre del otro padre de familia	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
3. Número seguro social	4. Fecha de nacimiento	5. Edad aproximada	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
7. Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
8. Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
9. Email	10. Teléfono	11. Último empleador conocido Última ciudad donde trabajó		

Otro padre 2 <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si teme causar daño a usted o a sus hijos como consecuencia de la apertura de un caso de asistencia médica.				
1. Nombre del niño/a	2. Nombre del otro padre de familia	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
3. Número seguro social	4. Fecha de nacimiento	5. Edad aproximada	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
7. Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
8. Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
9. Email	10. Teléfono	11. Último empleador conocido Última ciudad donde trabajó		

Otro padre 3 <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si teme causar daño a usted o a sus hijos como consecuencia de la apertura de un caso de asistencia médica.				
1. Nombre del niño/a	2. Nombre del otro padre de familia	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
3. Número seguro social	4. Fecha de nacimiento	5. Edad aproximada	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
7. Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
8. Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
9. Email	10. Teléfono	11. Último empleador conocido Última ciudad donde trabajó		

Otro padre 4 <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si teme causar daño a usted o a sus hijos como consecuencia de la apertura de un caso de asistencia médica.				
1. Nombre del niño/a	2. Nombre del otro padre de familia	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
3. Número seguro social	4. Fecha de nacimiento	5. Edad aproximada	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
7. Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
8. Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
9. Email	10. Teléfono	11. Último empleador conocido Última ciudad donde trabajó		

Cuéntenos acerca de los ingresos de su hogar

Indique todos los ingresos que recibe su hogar. Queremos saber acerca de los últimos 30 días, así como todo el dinero recibido trimestral y anualmente. Los ingresos son el dinero que gana (sueldo o salario) con un empleo o autoempleo (incluyendo el ser dueño de un negocio, hacer trabajos ocasionales, cuidar niños, recolectar latas de aluminio, donar plasma, etc.) o ingresos que no gana de recursos tales como el Seguro Social, el sostenimiento para niños, los beneficios de desempleo, los regalos, los ingresos por renta, los ingresos por jubilación, los pagos de casinos de tribus, la asistencia general BIA, los derechos sobre minerales y aceite, TANF por orden judicial, los federales per cápita (de fondos de un juicio), las distribuciones de efectivo de una corporación nativa de Alaska, o arrendamientos de terrenos de tribus o propiedad individual, etc.

Ingresos 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)	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Cada mes	6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Por qué?
\$ pagado	<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada año	

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 bruto estimado de este mes	d. Promedio de horas trabajadas cada semana
-----------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

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

8. Fuente de ingreso	a. Cantidad	b. Pagado con qué frecuencia			
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año

Ingresos 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)	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Cada mes	6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Por qué?
\$ pagado	<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada año	

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 bruto estimado de este mes	d. Promedio de horas trabajadas cada semana
-----------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

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

8. Fuente de ingreso	a. Cantidad	b. Pagado con qué frecuencia			
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año

Ingresos 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)	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Cada mes	6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Por qué?
\$ pagado	<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada año	

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 bruto estimado de este mes	d. Promedio de horas trabajadas cada semana
-----------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

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

8. Fuente de ingreso	a. Cantidad	b. Pagado con qué frecuencia			
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año
		<input type="checkbox"/> Por semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año

Ingreso anual esperado (AAI)

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

Cuéntenos acerca de su situación respecto a la 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-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. ¿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.

Tipo de cobertura	Nombre de las personas cubiertas
<input type="checkbox"/> CHIP	
<input type="checkbox"/> Medicare	
<input type="checkbox"/> TRICARE	
<input type="checkbox"/> VA Health Care	
<input type="checkbox"/> Peace Corps	
<input type="checkbox"/> Otro _____ compañía de seguros	
<input type="checkbox"/> Seguro del empleados (De ser sí, llene el Apéndice B)	

¿Esta cobertura se compró en el mercado de seguros? No Sí

3. ¿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**.

4. 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.

Nombre del niño asegurado	Servicios cubiertos (marque lo que corresponda)
	<input type="checkbox"/> Servicios de hospital como paciente internado / externo <input type="checkbox"/> Servicios de lab <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Servicios de médicos / quirúrgicos <input type="checkbox"/> Servicios de rayos X
	<input type="checkbox"/> Servicios de hospital como paciente internado / externo <input type="checkbox"/> Servicios de lab <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Servicios de médicos / quirúrgicos <input type="checkbox"/> Servicios de rayos X
	<input type="checkbox"/> Servicios de hospital como paciente internado / externo <input type="checkbox"/> Servicios de lab <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Servicios de médicos / quirúrgicos <input type="checkbox"/> Servicios de rayos X
	<input type="checkbox"/> Servicios de hospital como paciente internado / externo <input type="checkbox"/> Servicios de lab <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Servicios de médicos / quirúrgicos <input type="checkbox"/> Servicios de rayos X

Díganos acerca de un acontecimiento reciente en su vida que califique

Si va a presentar una declaración de impuestos, complete esta sección. Es posible que el Departamento necesite esta información como parte de la determinación de su elegibilidad para el APTC. 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	¿Cuándo ocurrió (o va a ocurrir)?
<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"/> Una persona se mudó o salió de su hogar ¿Por qué se mudó o se salió de su casa?: <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"/> Algún contribuyente fiscal en su hogar agregó recientemente un nuevo dependiente de impuestos	Fecha en que ocurrió:
<input type="checkbox"/> Su familia recientemente se mudó a Idaho	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:

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 alguien en su casa solicita la asistencia para la cobertura de salud, asegúrese de proporcionar en el **Apéndice C** su ingreso anual esperado.
- Si alguien en su casa es mayor de 65 años o está discapacitado, usted DEBE llenar el **Apéndice D**.

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.

_____ Nombre del solicitante/representante autorizado en letra de imprenta

_____ Firma del solicitante/representante autorizado

_____ Fecha

_____ Nombre del solicitante/representante autorizado en letra de imprenta

_____ Firma del solicitante/representante autorizado

_____ Fecha

Apéndice A

Formulario de representante autorizado

Usted puede nombrar a una persona como representante autorizado.

Usted puede dar autorización a una persona de confianza, como un amigo, socio o un tercero permiso representante de un partido para hablar acerca de esta solicitud con nosotros, ver su información, y actuar 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 un "representante autorizado."

Si alguna vez necesita cancelar o cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con el Departamento.

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

Díganos a quién desea nombrar como su representante autorizado

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Relación con el solicitant	
Nombre de la organización (si es un tercero representante)			ID de la organización (si aplica)	
Dirección			Número de apartamento o suite	
Ciudad		Estado	Código postal	Condado
Teléfono	Tipo de teléfono (elija uno) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Correo electrónico	

Al firmar, usted autoriza a que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud, y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con el Departamento.

Nombre impreso del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

Apéndice B

Cobertura de salud del trabajo

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. No tiene que completar este apéndice si sólo solicita Asistencia Alimentaria.

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 Cada 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

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 2 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 (sueldo o salario) con un empleo o autoempleo (incluyendo el ser dueño de un negocio, hacer trabajos ocasionales, cuidar niños, recolectar latas de aluminio, donar plasma, etc.). 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 (cont.)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2 (cont.)	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Nombre de la persona 2:

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

Nombre de la persona 3:

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

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 del beneficiario 1:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Nombre del beneficiario 2:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Beneficiario 1 (Cont.)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficiario 2 (Cont.)	\$	\$	\$	\$	\$	\$

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 (cont.)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Fuente 2 (cont.)	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Nombre de la persona 2:

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

Ingreso Anual Anticipado (AAI) en una cifra

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

\$ _____

Apéndice D

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

Cuéntenos acerca de la situación especial de su hogar

1. ¿Alguno de los solicitantes recibe Beneficios del Seguro Social? No Sí. De ser sí, ¿quién?

2. ¿Alguno de los solicitantes tienen una solicitud pendiente de discapacidad del Seguro Social? No Sí. De ser sí, ¿quién?

3. ¿Alguno de los solicitantes necesita servicios médicos prestados en el hogar? No Sí. De ser sí, ¿quién?

4. ¿Alguno de los solicitantes vive en un centro de atención médica? No Sí. De ser sí, completar preguntas a-d.

a. ¿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
------------	----------------------	--	-------------

Cuéntenos sobre sus vehículos, recursos, y propiedades

5. **Vehículos motores** - Cuéntenos acerca de todos los vehículos, incluyendo automóviles, camiones, motocicletas, remolques, embarcaciones, motos de nieve y otros vehículos recreativos que posee su familia.

Propietario	Año, marca, y modelo	Valor actual	Uso principal de este vehículo (elijá uno)
			<input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Ir al trabajo <input type="checkbox"/> Recreacional <input type="checkbox"/> Producir ingresos <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Ir al trabajo <input type="checkbox"/> Recreacional <input type="checkbox"/> Producir ingresos <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Personal (otro)
			<input type="checkbox"/> Negocios <input type="checkbox"/> Ir al trabajo <input type="checkbox"/> Recreacional <input type="checkbox"/> Producir ingresos <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Buscar trabajo <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Personal (otro)

6. **Recursos** - Cuéntenos acerca de todos los recursos que posee su hogar, incluyendo dinero en efectivo a la mano, cuentas corrientes y de ahorro, acciones, bonos, fondos mutuos, 401Ks, IRAs, fideicomisos, CDs, seguros de vida, fondos de entierro, etc.

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

7. **Propiedades** - Cuéntenos acerca de todas las demás propiedades (incluyendo su casa) de propiedad de cualquier persona que viva en su casa.

Nombre/propietario de la propiedad	Tipo de propiedad	Dirección de la propiedad	Valor	Uso principal de la propiedad (elijá uno)
				<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler <input type="checkbox"/> Negocio/trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro:
				<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler <input type="checkbox"/> Negocio/trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro:
				<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingreso por alquiler <input type="checkbox"/> Negocio/trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro:

8. Venta o transferencia de recursos y bienes - Cuéntenos de las personas de su hogar que hayan vendido, transferido o donado dinero en efectivo, propiedades u otros activos en los últimos cinco años.

Nombre	Fecha de transacción	Qué bienes	Cantidad recibida	Valor del mercado

Cuéntenos de sus gastos del hogar

9. 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 \$	Alquiler espacio por mes \$
Riego \$ por	Impuesto de propiedad \$ por	Cuotas HOA \$ por	Seguro de propiedad \$ por

Marque las casillas a continuación para cada servicio que paga que NO está incluido en el alquiler o la hipoteca:

Calefacción Aire acondicionado Agua Alcantarillado Basura Teléfono

Nombre del propietario

Número de contacto del propietario

10. 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 con el gasto	Tipo de gasto	Cantidad	¿Con qué frecuencia paga?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Cuéntenos acerca de su ingreso no ganado

11. 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 de la persona con el gasto	Tipo de gasto	Cantidad	¿Con qué frecuencia paga?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	