

Agregar una Persona a una Programa Existente

HW2018S | REV 05/2019

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

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

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

Comunicarse Con el Departamento

Correo: P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026
Teléfono: 1-877-456-1233
Fax: 1-866-434-8278
En línea: healthandwelfare.idaho.gov

Su información

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

Para la nueva persona, díganos:

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo		Nombres anteriores, si los hay	
Número de seguro social	Fecha da nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha en que se unió al hogar		¿La persona es discapacitada?			
¿Está vacunada esta persona?		Estado civil		Mes		Día		Año	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado							
¿Esta persona está solicitando o recibiendo Cuidado de Crianza o Asistencia de Adopción?				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		¿Estaba en Cuidado de Crianza de Idaho al cumplió 18 años?			
¿La nueva persona ha recibido Cupones para Alimentos en otro hogar este mes?						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
Raza/Origen étnico		¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional?		Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible?					
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Complete las preguntas a-b.					
a. Tipo de documento de inmigración: _____					b. Número identificación del documento: _____				
¿Es estudiante esta persona? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. De ser así, complete lo siguiente:									
Nombre de la escuela		Horas por semana		Fecha de graduación		Tipo de escuela			
						<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad. Responda las preguntas a-d.			
a. Tipo de inscripción		b. Clase de estudiante				c. ¿También trabaja mientras estudia?		d. ¿Son todas las clases por internet?	
<input type="checkbox"/> pregrado <input type="checkbox"/> posgrado		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Esta persona está discapacitada?					¿Tiene usted una solicitud pendiente de beneficios de discapacidad?				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
¿Recibe esta persona beneficios del Seguro Social?				¿Esta persona trabaja y cree que cumplirá con la condición de discapacidad según lo determinado por la Administración del Seguro Social?					
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					

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

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

Información fiscal del hogar

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

PTF - Contribuyente Primario **DIH** - Reclamado como dependiente por alguien en el hogar **WF** - No someterá impuestos
MFJ - Casado, contribuye en conjunto **DOH** - Reclamado como dependiente por alguien fuera del hogar

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

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

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.

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

Pensión - Háblenos sobre las pensiones que recibe esta persona e indique el origen de esta, la fecha en que el juez la dictaminó y la frecuencia con que se paga.

Origen de la pensión	Fecha en que se dictaminó la pensión (mm/aaaa)	Frecuencia de pago (semanalmente, cada 2 semanas, 2 veces al mes, mensualmente, anualmente)	Monto de la pensión

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

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

\$ _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Información acerca de acontecimientos recientes en su vida

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

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

Información de seguro de salud

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

No. Sí. Llene preguntas a) y b).

a. Si la respuesta es afirmativa, díganos quien:

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

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

¿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.

<input type="checkbox"/> CHIP ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> Seguro del empleados ¿Quién? _____
<input type="checkbox"/> Medicare ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> Peace Corps ¿Quién? _____
<input type="checkbox"/> TRICARE ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> Otro ¿Quién? _____
<input type="checkbox"/> VA Health Care ¿Quién? _____	

De ser otro, indique la compañía de seguros _____

De ser otro, ¿esta cobertura se compró en el mercado de seguros? No Sí

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

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 <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		

Firma (debe ser completado)

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

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