

Sección 2. Persona 2

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN. Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

¿La Persona 2 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3. No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

- Sí No 1. ¿La Persona 2 la presentará conjuntamente con su cónyuge?
Si respondió que sí, nombre del cónyuge: _____
- Sí No 2. ¿La Persona 2 declarará personas dependientes?
Si respondió sí, indique sus nombres: _____
- Sí No 3. ¿La Persona 2 se declarará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: _____
 ¿Cuál es la relación de la Persona 2 con el contribuyente? _____
- Sí No ¿La Persona 2 está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? ¿Cuál es la fecha probable del parto? _____
- Sí No ¿La Persona 2 se encuentra en prisión actualmente?
- Sí No ¿La Persona 2 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: _____

¿La Persona 2 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas. No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 5.

- Sí No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?
- Sí No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?
- Sí No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.
 Tipo de documento: _____ Nº. de Doc. de Identidad: _____
- Sí No ¿La Persona 2 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?
- Sí No ¿La Persona 2 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?
- Sí No ¿Es residente de Iowa?
- Sí No ¿La Persona 2 necesita ayuda para el pago de sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y esta persona califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para cobertura durante esos meses.
- Sí No ¿La Persona 2 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?
- Sí No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?
- Sí No Si la Persona 2 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Responda las siguientes preguntas si la Persona 2 tiene 22 años o menos:

- Sí No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?
 Si respondió si, fecha: _____ Motivo: _____
- Sí No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

Si es hispano/a o latino/a etnia:

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: _____

Raza:

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: _____

Información sobre empleo actual e ingresos: Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

Empleo actual 1:

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador	
Salario y propinas (bruto)	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	Promedio de horas trabajadas por mes:	
\$	<input type="checkbox"/> 2 veces por mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Anualmente		

Empleo actual 2: Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador	
Salario y propinas (bruto)	<input type="checkbox"/> Por hora	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	Promedio de horas trabajadas por mes:	
\$	<input type="checkbox"/> 2 veces por mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Anualmente		

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual? Sí No
Si respondió no, explique _____

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 2*:
 Cambió de empleo Dejó de trabajar Trabajó menos horas Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo: Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo _____

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ _____

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?
 Sí No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ _____

Otros ingresos recibidos este mes: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

<input type="checkbox"/> Ninguno		Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
Tipo _____				

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual? Sí No
Si respondió no, explique _____

Descuentos: Si la *Persona 2* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 2*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	_____	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____	_____	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantes	\$ _____	_____		Tipo	_____		