

**Utilice esta solicitud para ver a qué opciones de cobertura usted califica**

- Planes de seguro médico privado asequibles que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse sano
- Un nuevo crédito fiscal que puede ayudarlo a pagar inmediatamente sus primas de cobertura médica
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

**Puede calificar para un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$ 94,000 al año (para una familia de 4).**

**¿Quién puede utilizar esta solicitud?**

- Utilice esta solicitud con cualquier miembro de su familia que quiera solicitar cobertura.
- Solicítela incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura más barata o gratuita.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden solicitarla. Puede solicitarla para su hijo aunque usted no sea elegible para la cobertura. La solicitud no afectará su estatus migratorio ni sus posibilidades de convertirse en un residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a rellenar esta solicitud, es posible que tenga que completar el paso 6.

**Haga su solicitud más rápido en línea**

Haga su solicitud más rápido en línea en [dhsservices.iowa.gov](https://dhsservices.iowa.gov).

**Lo que necesitará para su solicitud**

- Número de Seguro Social (o números de documentos para cualquier inmigrante legal que necesite un seguro)
- Información del empleador y de los ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, de talones de pago, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo que esté disponible para su familia

**¿Por qué solicitamos esta información?**

Solicitamos información sobre los ingresos y otros datos para informarle a qué cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que nos provea de forma privada y segura, como exige la ley.**

## ¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 16. **Si no tiene toda la información que le solicitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Nos pondremos en contacto con usted en un plazo de 30 días. Recibirá instrucciones sobre los siguientes pasos para completar su cobertura médica. Si no recibe noticias nuestras en un plazo de 30 días, llame al Centro de Contacto del DHS al **1-855-889-7985**.

## Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [dhsservices.iowa.gov](http://dhsservices.iowa.gov)
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-855-889-7985**.
- **En persona:** Puede que haya consejeros en su área que puedan ayudar. Visite nuestro sitio web o llame al **1-855-889-7985** para obtener más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-889-7985**.
- Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-855-889-7985** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted.
- Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2942**.

## Paso 1. Cuéntenos sobre usted.

Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
Dirección domiciliaria (Si la deja en blanco porque no tiene una, debe indicarnos una dirección postal a continuación).			Número de departamento o unidad
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente a la dirección domiciliaria)			Número de departamento o cuarto
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de teléfono		Otro número de teléfono:	
¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:			
Idioma preferido, hablado o escrito (si no es el inglés)			

## Paso 2. Cuéntenos sobre su familia.

### ¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Cuéntenos sobre todos los miembros de su familia que viven con usted. Si usted declara impuestos, necesitamos saber sobre todas las personas que aparecen en su declaración de impuestos. (No es necesario que declare impuestos para obtener cobertura médica).

#### SÍ incluya a:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja de hecho que necesita cobertura médica
- Su pareja de hecho que vive con usted cuando tienen uno o varios hijos juntos
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no vive con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años de la que se haga cargo y que viva con usted

#### NO tiene que incluir a:

- Su pareja de hecho, que vive con usted y no necesita un seguro médico, a menos que tengan uno o varios hijos juntos
- Los hijos de su pareja de hecho
- Sus padres que viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si es mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o el tipo de programa al que usted califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos reciben la mejor cobertura posible.

**Complete el paso 2 para cada persona en su familia.** Comience por usted mismo y luego añada otros adultos y niños. Si tiene a más de cinco personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que proporcione la condición de inmigrante ni el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura médica. Mantendremos toda la información que nos proporcione de forma privada y segura, como exige la ley. Utilizaremos la información personal únicamente para comprobar si usted es elegible para la cobertura médica.

## Paso 2. Persona 1 (comience con usted mismo)

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge o pareja e hijos que vivan con usted y cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federales, si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre las personas que puede incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igualmente a los miembros de la familia que viven con usted.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		¿Qué relación tiene con usted? <b>YO MISMO</b>
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de seguro social (SSN)

**Necesitamos su SSN si quiere cobertura médica y tiene un SSN.** Proveer su SSN puede ser útil incluso si no quiere cobertura médica, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para comprobar los ingresos y otra información que nos permita saber quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura médica. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [www.socialsecurity.gov/](http://www.socialsecurity.gov/). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

### ¿Planea declarar impuestos federales ESTE AÑO?

(Usted aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales).

Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si la respuesta es No**, pase a la pregunta 3.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	1. ¿Va a presentar una declaración conjunta con un cónyuge? <b>Si la respuesta es Sí</b> , nombre del cónyuge: _____	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	2. ¿Va a declarar a algún dependiente en su declaración de impuestos? <b>Si la respuesta es Sí</b> , indique los nombres de los dependientes: _____	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	3. ¿Será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <b>Si la respuesta es Sí</b> , indique el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es su relación con el contribuyente? _____	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada? <b>Si la respuesta es Sí</b> , ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? ¿Cuál es la fecha de parto? _____	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Está encarcelado/a actualmente? _____	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Está actualmente asignado a un programa de reclusión con permiso de salida para trabajar? <b>Si la respuesta es Sí</b> , ¿cuál es la fecha de inicio? _____	

### ¿Necesita cobertura médica?

(Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo).

<input type="checkbox"/> Sí.	<b>Si la respuesta es Sí</b> ,	responda todas las preguntas que aparecen a continuación.	<input type="checkbox"/> No. <b>Si la respuesta es No</b> ,	pase a las preguntas sobre los ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene alguna condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico u hogar de ancianos?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es usted un ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si no es un ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? <b>Si la respuesta es Sí</b> , indique a continuación el tipo de documento y número de identificación. Tipo de documento: _____ Número de identificación del documento: _____		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es usted, su cónyuge o su padre o madre un veterano licenciado con honores o un miembro en servicio activo del ejército estadounidense?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es usted un residente de Iowa?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Necesita ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y usted califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si es elegible para cobertura durante esos meses.		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es usted un adulto y persona principal que cuida a un niño menor de 19 años que vive en el hogar?		

- Sí     No    ¿Es usted un estudiante a tiempo completo?  
 Sí     No    ¿Estuvo usted en cuidados de crianza cuando tenía 18 años o más?  
 Sí     No    ¿Desea ayuda para obtener manutención de menores?  
 Las siguientes preguntas sobre etnia y raza son opcionales. Marque todo lo que corresponda.

**Si es hispano o latino, etnia:**

- Mexicano  
 Mexicoamericano  
 Chicano  
 Puertorriqueño  
 Cubano  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanco  
 Negro o afroamericano  
 Nativo americano o nativo de Alaska  
 Indígena asiático  
 Chino  
 Filipino  
 Japonés  
 Coreano  
 Vietnamita  
 Otro asiático  
 Nativo de Hawái  
 Guameño o Chamorro  
 Samoano  
 Otro isleño del Pacífico  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Información sobre el empleo y los ingresos actuales:** Debe informarnos sobre los ingresos de las personas de su hogar. Si alguien tiene más de un trabajo, indíquenos todos los trabajos. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que no tiene ingresos de este tipo.

- Empleado.** Si actualmente está empleado, indíquenos sus ingresos. Comience con **Trabajo actual I**.  
 **No está empleado.** Pase a la sección de **Otros ingresos de este mes**.  
 **Empleado por cuenta propia.** Pase a la sección de **Empleo por cuenta propia**.

**Trabajo actual I:**

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

**Trabajo actual 2:** Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

¿La cantidad de dinero procedente de los empleos se mantendrá aproximadamente igual?  Sí     No

Si la respuesta es

No, explique: \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses, usted:

- Cambió de trabajo     Dejó de trabajar     Empezó a trabajar menos horas     Ninguna de las anteriores

**Empleo por cuenta propia:** Si está empleado por cuenta propia, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que se han pagado los gastos del negocio) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿La cantidad de su ingreso mensual como empleado por cuenta propia seguirá igual?

- Sí     No

Si no, ¿cuánto espera ganar como promedio durante un periodo de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos de este mes:** Marque todos los que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que los recibe. **NOTA:** No es necesario que nos informe sobre manutención de menores, pago para veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____		<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por agricultura/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por	\$ _____

Cuentas de jubilación \$ \_\_\_\_\_ alquileres/regalías \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_

¿La cantidad de dinero de ese otro ingreso seguirá igual?

Sí  No

Si la respuesta es

No, explique: \_\_\_\_\_

**Deducciones:** Si paga ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración de impuestos federales, marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que paga. Esta información se puede encontrar en la sección de Ingreso Bruto Ajustado de su Formulario Federal 1040. **NOTA:** No debería incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre los ingresos netos de empleo por cuenta propia.

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
 Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

## Paso 2. Persona 2

Complete el paso 2 para su cónyuge o pareja e hijos que vivan con usted y cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igualmente a los miembros de la familia que viven con usted.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		¿Qué relación tiene con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de seguro social (SSN)

### Necesitamos su Número de Seguro Social si quiere cobertura médica y tiene un Número de Seguro Social.

Proveer su SSN puede ser útil incluso si no quiere cobertura médica, ya que puede acelerar el proceso de solicitud.

Sí  No ¿Vive la Persona 2 en la misma dirección que usted? **Si la respuesta es No**, indique la dirección: \_\_\_\_\_

### ¿Piensa la Persona 2 presentar una declaración de impuestos federales ESTE AÑO?

(Usted aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales).

Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si la respuesta es No**, pase a la pregunta 3.

- Sí  No 1. ¿La Persona 2 presentará su declaración conjuntamente con un cónyuge?  
**Si la respuesta es Sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_
- Sí  No 2. ¿Reclamará la Persona 2 algún dependiente en su declaración de impuestos? **Si la respuesta es Sí**, indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_
- Sí  No 3. ¿Será reclamada la Persona 2 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? **Si la respuesta es Sí**, indique el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué relación tiene la Persona 2 con el contribuyente? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está la Persona 2 embarazada? **Si la respuesta es Sí**, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está la Persona 2 actualmente encarcelada? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está la Persona 2 actualmente asignada a un programa de reclusión con permiso de salida para trabajar?  
**Si la respuesta es Sí**, ¿cuál es la fecha de inicio? \_\_\_\_\_

### ¿Necesita la Persona 2 cobertura médica?

(Incluso si tienen seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo).

- Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda todas las preguntas que aparecen a continuación.  No. **Si la respuesta es No**, pase a las preguntas sobre los ingresos en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.
- Sí  No ¿Tiene la Persona 2 una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico u hogar de ancianos? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Es la Persona 2 un ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.? \_\_\_\_\_

Sí  No Si la *Persona 2* no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU., ¿tiene la *Persona 2* un estatus migratorio elegible?

**Si la respuesta es Sí**, complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha vivido la *Persona 2* en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿Es la *Persona 2* o su cónyuge o padre o madre un veterano licenciado con honores o un miembro en servicio activo del ejército estadounidense?

Sí  No ¿Es la *Persona 2* un residente de Iowa?

Sí  No ¿Necesita la *Persona 2* ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos tres meses calendario? Si responde que sí y esta persona cae en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para la cobertura durante esos meses.

Sí  No ¿Es la *Persona 2* un adulto que es la persona principal que cuida de un niño menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Estaba la *Persona 2* en cuidados de crianza cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la *Persona 2* es menor de 19 años, ¿desea recibir ayuda con la manutención de menores?

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

Sí  No ¿Tenía la *Persona 2* un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos tres meses?

**Si la respuesta es Sí**, Razón por la que fecha de finalización: \_\_\_\_\_ terminó el seguro: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es la *Persona 2* un estudiante a tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre etnia y raza son opcionales. Marque todo lo que corresponda.

**Si es hispano o latino, etnia:**

- Mexicano
- Mexicoamericano
- Chicano/a
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Indígena asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Nativo de Hawái
- Guameño o Chamorro
- Samoano
- Otro isleño del Pacífico
- Otro: \_\_\_\_\_

**Información sobre el empleo y los ingresos actuales:** Debe informarnos sobre los ingresos de las personas de su hogar. Si alguien tiene más de un trabajo, indíquenos todos los trabajos. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que no tiene ingresos de este tipo.

**Empleado.** Si actualmente está empleado, indíquenos sus ingresos. Comience con **Trabajo actual 1**.

**No está empleado.** Pase a la sección de **Otros ingresos de este mes**.

**Empleado por cuenta propia.** Pase a la sección de **Empleo por cuenta propia**.

**Trabajo actual 1:**

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

**Trabajo actual 2:** Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

¿La cantidad de dinero procedente de los empleos se mantendrá aproximadamente igual?  Sí  No

Si la respuesta es

No, explique: \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses, la *Persona 2*:

- Cambió de trabajo
- Dejó de trabajar
- Empezó a trabajar menos horas
- Ninguna de las anteriores

**Empleo por cuenta propia:** Si está empleado por cuenta propia, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que se han pagado los gastos del negocio) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿La cantidad de su ingreso mensual como empleado por cuenta propia seguirá igual?  Sí  No  
Si no, ¿cuánto espera ganar como promedio durante un periodo de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos de este mes:** Marque todos los que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre manutención de menores, pago para veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____		<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por agricultura/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por alquileres/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____		<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
			Tipo	_____

¿La cantidad de dinero de ese otro ingreso seguirá igual?  Sí  No  
Si la respuesta es No, explique: \_\_\_\_\_

**Deducciones:** Si la *Persona 2* paga por ciertas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que la *Persona 2* paga. Esta información se puede encontrar en la sección de Ingreso Bruto Ajustado del Formulario Federal 1040 de la *Persona 2*. **NOTA:** No debería incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre los ingresos netos de empleo por cuenta propia.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil	\$ _____		<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____
			Tipo	_____

**Paso 2. Persona 3**

Complete el paso 2 para su cónyuge o pareja e hijos que vivan con usted y cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igualmente a los miembros de la familia que viven con usted.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		¿Qué relación tiene con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de seguro social (SSN)

**Necesitamos su Número de Seguro Social si quiere cobertura médica y tiene un Número de Seguro Social.**

Proveer su SSN puede ser útil incluso si no quiere cobertura médica, ya que puede acelerar el proceso de solicitud.

Sí  No ¿Vive la *Persona 3* en la misma dirección que usted? **Si la respuesta es No**, indique la dirección: \_\_\_\_\_

**¿Piensa la *Persona 3* presentar una declaración de impuestos federales ESTE AÑO?**

(Usted aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales).

Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si la respuesta es No**, pase a la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La *Persona 3* presentará su declaración conjuntamente con un cónyuge?  
**Si la respuesta es Sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Sí  No 2. ¿Reclamará la *Persona 3* algún dependiente en su declaración de impuestos? **Si la respuesta es Sí**, indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_



- Sí  No 3. ¿Será reclamada la *Persona 3* como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? **Si la respuesta es Sí**, indique el nombre del contribuyente:  
¿Qué relación tiene la *Persona 3* con el contribuyente?
- Sí  No ¿Está la *Persona 3* embarazada? **Si la respuesta es Sí**, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? ¿Cuál es la fecha de parto?
- Sí  No ¿Está la *Persona 3* actualmente encarcelada?
- Sí  No ¿Está la *Persona 3* actualmente asignada a un programa de reclusión con permiso de salida para trabajar?  
**Si la respuesta es Sí**, ¿cuál es la fecha de inicio?

**¿Necesita la *Persona 3* cobertura médica?**

(Incluso si tienen seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo).

- Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda todas las preguntas que aparecen a continuación.  No. **Si la respuesta es No**, pase a las preguntas sobre los ingresos en la página 7. Deje el resto de esta página en blanco.

- Sí  No ¿Tiene la *Persona 3* una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico u hogar de ancianos?

- Sí  No ¿Es la *Persona 3* un ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.?

- Sí  No Si la *Persona 3* no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU., ¿tiene la *Persona 3* un estatus migratorio elegible?

**Si la respuesta es Sí**, complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿Ha vivido la *Persona 3* en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

- Sí  No ¿Es la *Persona 3* o su cónyuge o padre o madre un veterano licenciado con honores o un miembro en servicio activo del ejército estadounidense?

- Sí  No ¿Es la *Persona 3* un residente de Iowa?

- Sí  No ¿Necesita la *Persona 3* ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos tres meses calendario? Si responde que sí y esta persona cae en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para la cobertura durante esos meses.

- Sí  No ¿Es la *Persona 3* un adulto que es la persona principal que cuida de un niño menor de 19 años que vive en el hogar?

- Sí  No ¿Estaba la *Persona 3* en cuidados de crianza cuando tenía 18 años o más?

- Sí  No Si la *Persona 3* es menor de 19 años, ¿desea recibir ayuda con la manutención de menores?

**Responda a las siguientes preguntas si la *Persona 3* tiene 22 años o menos:**

- Sí  No ¿Tenía la *Persona 3* un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos tres meses?

**Si la respuesta** \_\_\_\_\_ **Razón por la que terminó el** \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿Es la *Persona 3* un estudiante a tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre etnia y raza son opcionales. Marque todo lo que corresponda.

**Si es hispano o latino, etnia:**

- Mexicano  
 Mexicanoamericano  
 Chicano  
 Puertorriqueño  
 Cubano  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanco  
 Negro o afroamericano  
 Nativo americano o nativo de Alaska  
 Indígena asiático  
 Chino  
 Filipino  
 Japonés  
 Coreano  
 Vietnamita  
 Otro asiático  
 Nativo de Hawái  
 Guameño o Chamorro  
 Samoano  
 Otro isleño del Pacífico  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Información sobre el empleo y los ingresos actuales:** Debe informarnos sobre los ingresos de las personas de su hogar.

Si alguien tiene más de un trabajo, indíquenos todos los trabajos. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que no tiene ingresos de este tipo.

- Empleado.** Si actualmente está empleado, indíquenos sus ingresos. Comience con **Trabajo actual I.**

- No está empleado.** Pase a la sección de **Otros ingresos de este mes.**

- Empleado por cuenta propia.** Pase a la sección de **Empleo por cuenta propia.**

**Trabajo actual 1:**

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

**Trabajo actual 2:** Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

¿La cantidad de dinero procedente de los empleos se mantendrá aproximadamente igual?  Sí  No

Si la respuesta es

No, explique: \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses, la *Persona 3*:

Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguna de las anteriores

**Empleo por cuenta propia:** Si está empleado por cuenta propia, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que se han pagado los gastos del negocio) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿La cantidad de su ingreso mensual como empleado por cuenta propia seguirá igual?  Sí  No

Si no, ¿cuánto espera ganar como promedio durante un periodo de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos de este mes:** Marque todos los que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre manutención de menores, pago para veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____		<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por agricultura/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por alquileres/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____		<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
			Tipo	_____

¿La cantidad de dinero de ese otro ingreso seguirá igual?  Sí  No

Si la respuesta es

No, explique: \_\_\_\_\_

**Deducciones:** Si la *Persona 3* paga ciertas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que la *Persona 3* paga. Esta información se puede encontrar en la sección de Ingreso Bruto Ajustado del Formulario Federal 1040 de la *Persona 3*. **NOTA:** No debería incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre los ingresos netos de empleo por cuenta propia.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil	\$ _____		<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____
			Tipo	_____

## Paso 2. Persona 4

Complete el paso 2 para su cónyuge o pareja e hijos que vivan con usted y cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federales, si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igualmente a los miembros de la familia que viven con usted.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		¿Qué relación tiene con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de seguro social (SSN)

### Necesitamos su Número de Seguro Social si quiere cobertura médica y tiene un Número de Seguro Social.

Proveer su SSN puede ser útil incluso si no quiere cobertura médica, ya que puede acelerar el proceso de solicitud.

Sí  No ¿Vive la Persona 4 en la misma dirección que usted? **Si la respuesta es No**, indique la dirección:

### ¿Piensa la Persona 4 presentar una declaración de impuestos federales ESTE AÑO?

(Usted aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales).

Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si la respuesta es No**, pase a la pregunta 3.

- Sí  No 1. ¿La Persona 4 presentará su declaración conjuntamente con un cónyuge?  
**Si la respuesta es Sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_
- Sí  No 2. ¿Reclamará la Persona 4 algún dependiente en su declaración de impuestos? **Si la respuesta es Sí**, indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_
- Sí  No 3. ¿Será reclamada la Persona 4 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? **Si la respuesta es Sí**, indique el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_  
¿Qué relación tiene la Persona 4 con el contribuyente? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está la Persona 4 embarazada? **Si la respuesta es Sí**, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está la Persona 4 actualmente encarcelada? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está la Persona 4 actualmente asignada a un programa de reclusión con permiso de salida para trabajar?  
**Si la respuesta es Sí**, ¿cuál es la fecha de inicio? \_\_\_\_\_

### ¿Necesita la Persona 4 cobertura médica?

(Incluso si tienen seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo).

- Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda todas las preguntas que aparecen a continuación.  No. **Si la respuesta es No**, pase a las preguntas sobre los ingresos en la página 9. Deje el resto de esta página en blanco.
- Sí  No ¿Tiene la Persona 4 una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico u hogar de ancianos?
- Sí  No ¿Es la Persona 4 un ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.?
- Sí  No Si la Persona 4 no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU., ¿tiene la Persona 4 un estatus migratorio elegible?  
**Si la respuesta es Sí**, complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Ha vivido la Persona 4 en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?
- Sí  No ¿Es la Persona 4 o su cónyuge o padre o madre un veterano licenciado con honores o un miembro en servicio activo del ejército estadounidense?
- Sí  No ¿Es la Persona 4 un residente de Iowa?
- Sí  No ¿Necesita la Persona 4 ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos tres meses calendario? Si responde que sí y esta persona cae en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para la cobertura durante esos meses.
- Sí  No ¿Es la Persona 4 un adulto que es la persona principal que cuida de un niño menor de 19 años que vive en el hogar?
- Sí  No ¿Estaba la Persona 4 en cuidados de crianza cuando tenía 18 años o más?
- Sí  No Si la Persona 4 es menor de 19 años, ¿desea recibir ayuda con la manutención de menores?

**Responda a las siguientes preguntas si la Persona 4 tiene 22 años o menos:**

Sí  No ¿Tenía la Persona 4 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos tres meses?

**Si la respuesta es Sí,**  
 fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Razón por la que  
 terminó el seguro: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es la Persona 4 un estudiante a tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre etnia y raza son opcionales. Marque todo lo que corresponda.

**Si es hispano o latino, etnia:**

- Mexicano
- Mexicoamericano
- Chicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Indígena asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático

- Nativo de Hawái
- Guameño o Chamorro
- Samoano
- Otro isleño del Pacífico
- Otro: \_\_\_\_\_

**Información sobre el empleo y los ingresos actuales:** Debe informarnos sobre los ingresos de las personas de su hogar.

Si alguien tiene más de un trabajo, indíquenos todos los trabajos. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que no tiene ingresos de este tipo.

**Empleado.** Si actualmente está empleado, indíquenos sus ingresos. Comience con **Trabajo actual 1.**

**No está empleado.** Pase a la sección de **Otros ingresos de este mes.**

**Empleado por cuenta propia.** Pase a la sección de **Empleo por cuenta propia.**

**Trabajo actual 1:**

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

**Trabajo actual 2:** Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

¿La cantidad de dinero procedente de los empleos se mantendrá aproximadamente igual?  Sí  No

Si la respuesta es

No, explique: \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses, la Persona 4:

- Cambió de trabajo
- Dejó de trabajar
- Empezó a trabajar menos horas
- Ninguna de las anteriores

**Empleo por cuenta propia:** Si está empleado por cuenta propia, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que se han pagado los gastos del negocio) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿La cantidad de su ingreso mensual como empleado por cuenta propia seguirá igual?  Sí  No

Si no, ¿cuánto espera ganar como promedio durante un periodo de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos de este mes:** Marque todos los que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre manutención de menores, pago para veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Ganancias netas por agricultura/pesca \$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Ganancias netas por \$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____	_____		

<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	_____	_____	alquileres/regalías	_____	_____
	\$	_____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	_____
			Tipo	_____	_____

¿La cantidad de dinero de ese otro ingreso seguirá igual?  Sí  No

Si la respuesta es No, explique: \_\_\_\_\_

**Deducciones:** Si la *Persona 4* paga ciertas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que la *Persona 4* paga. Esta información se puede encontrar en la sección de Ingreso Bruto Ajustado del Formulario Federal 1040 de la *Persona 4*. **NOTA:** No debería incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre los ingresos netos de empleo por cuenta propia.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$	_____	_____	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$	_____	_____	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil	\$	_____	_____		Tipo	_____	_____	_____	

## Paso 2. Persona 5

Complete el paso 2 para su cónyuge o pareja e hijos que vivan con usted y cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igualmente a los miembros de la familia que viven con usted.

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		¿Qué relación tiene con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de seguro social (SSN)

**Necesitamos su Número de Seguro Social si quiere cobertura médica y tiene un Número de Seguro Social.**

Proveer su SSN puede ser útil incluso si no quiere cobertura médica, ya que puede acelerar el proceso de solicitud.

Sí  No ¿Vive la *Persona 5* en la misma dirección que usted? **Si la respuesta es No**, indique la dirección: \_\_\_\_\_

**¿Piensa la *Persona 5* presentar una declaración de impuestos federales ESTE AÑO?**

(Usted aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales).

Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si la respuesta es No**, pase a la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La *Persona 5* presentará su declaración conjuntamente con un cónyuge?  
**Si la respuesta es Sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Sí  No 2. ¿Reclamará la *Persona 5* algún dependiente en su declaración de impuestos? **Si la respuesta es Sí**, indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Será reclamada la *Persona 5* como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? **Si la respuesta es Sí**, indique el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué relación tiene la *Persona 5* con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está la *Persona 5* embarazada? **Si la respuesta es Sí**, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está la *Persona 5* actualmente encarcelada? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está la *Persona 5* actualmente asignada a un programa de reclusión con permiso de salida para trabajar?  
**Si la respuesta es Sí**, ¿cuál es la fecha de inicio? \_\_\_\_\_

**¿Necesita la *Persona 5* cobertura médica?**

(Incluso si tienen seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo).

Sí. **Si la respuesta es Sí**, responda todas las preguntas que aparecen a continuación.  No. **Si la respuesta es No**, pase a las preguntas sobre los ingresos en la página 11. Deje el resto de esta página en blanco.

Sí  No ¿Tiene la *Persona 5* una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico u hogar de ancianos?

Sí  No ¿Es la *Persona 5* un ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.?

Sí  No Si la *Persona 5* no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU., ¿tiene la *Persona 5* un estatus migratorio elegible?

**Si la respuesta es Sí**, complete su tipo de documento y número de identificación a continuación.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha vivido la *Persona 5* en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿Es la *Persona 5* o su cónyuge o padre o madre un veterano licenciado con honores o un miembro en servicio activo del ejército estadounidense?

Sí  No ¿Es la *Persona 5* un residente de Iowa?

Sí  No ¿Necesita la *Persona 5* ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos tres meses calendario? Si responde que sí y esta persona cae en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para la cobertura durante esos meses.

Sí  No ¿Es la *Persona 5* un adulto que es la persona principal que cuida de un niño menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Estaba la *Persona 5* en cuidados de crianza cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la *Persona 5* es menor de 19 años, ¿desea recibir ayuda con la manutención de menores?

**Responda a las siguientes preguntas si la *Persona 5* tiene 22 años o menos:**

Sí  No ¿Tenía la *Persona 5* un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos tres meses?

**Si la respuesta es Sí**, Razón por la que fecha de finalización: \_\_\_\_\_ terminó el seguro: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es la *Persona 5* un estudiante a tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre etnia y raza son opcionales. Marque todo lo que corresponda.

**Si es hispano o latino, etnia:**

- Mexicano
- Mexicoamericano
- Chicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Indígena asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro asiático
- Nativo de Hawái
- Guameño o Chamorro
- Samoano
- Otro isleño del Pacífico
- Otro: \_\_\_\_\_

**Información sobre el empleo y los ingresos actuales:** Debe informarnos sobre los ingresos de las personas de su hogar. Si alguien tiene más de un trabajo, indíquenos todos los trabajos. Si deja un espacio en blanco, asumiremos que no tiene ingresos de este tipo.

**Empleado.** Si actualmente está empleado, indíquenos sus ingresos. Comience con **Trabajo actual 1**.

**No está empleado.** Pase a la sección de **Otros ingresos de este mes**.

**Empleado por cuenta propia.** Pase a la sección de **Empleo por cuenta propia**.

**Trabajo actual 1:**

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

**Trabajo actual 2:** Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador
Salarios y propinas (antes de los impuestos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas cada mes:

¿La cantidad de dinero procedente de los empleos se mantendrá aproximadamente igual?  Sí  No

Si la respuesta es

No, explique: \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses, la *Persona 5*:

- Cambió de trabajo
- Dejó de trabajar
- Empezó a trabajar menos horas
- Ninguna de las anteriores

**Empleo por cuenta propia:** Si está empleado por cuenta propia, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que se han pagado los gastos del negocio) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿La cantidad de su ingreso mensual como empleado por cuenta propia seguirá igual?  Sí  No

Si no, ¿cuánto espera ganar como promedio durante un periodo de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos de este mes:** Marque todos los que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre manutención de menores, pago para veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____		<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por agricultura/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____		<input type="checkbox"/> Ganancias netas por alquileres/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____		<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
			Tipo _____	

¿La cantidad de dinero de ese otro ingreso seguirá igual?  Sí  No

Si la respuesta es No, explique: \_\_\_\_\_

**Deducciones:** Si la *Persona 5* paga por ciertas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que la *Persona 5* paga. Esta información se puede encontrar en la sección de Ingreso Bruto Ajustado del Formulario Federal 1040 de la *Persona 5*. **NOTA:** No debería incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta sobre los ingresos netos de empleo por cuenta propia.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil	\$ _____		<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____
			Tipo _____	

**Paso 3. Miembros de la familia que sean Nativos americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)**

Los Nativos americanos y Nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígenas, programas de salud tribales o programas de salud urbanos para indígenas. También es posible que no tengan que pagar los costos compartidos y puedan obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda a las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia recibe la mayor ayuda posible.

**NOTA:** Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta sección y adjúntela.

Sí  No ¿Es usted o alguien de su familia Nativo americano o Nativo de Alaska?  
**Si la respuesta es Sí,** rellene la información que aparece a continuación. **Si la respuesta es No,** pase al paso 4.

**AI/AN Persona 1:**

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

**AI/AN Persona 2:**

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

**AI/AN Persona 1:**

Sí  No ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? **Si la respuesta es Sí,** nombre de la tribu: \_\_\_\_\_

**AI/AN Persona 2:**

Sí  No

Sí  No ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Indian Health Service, un programa de salud tribal o un programa urbano de atención médica para indígenas o mediante una referencia de uno de estos programas?  Sí  No

Sí  No **Si la respuesta es No, ¿es esta persona elegible para recibir alguno de estos servicios?**  Sí  No

**\$**  
¿Con qué frecuencia?  
\_\_\_\_\_

Cierto dinero recibido puede no ser contabilizado para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:

**\$**  
¿Con qué frecuencia?  
\_\_\_\_\_

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.
- Pagos procedentes de los recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de las tierras designadas como tierras en fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservaciones y antiguas reservaciones).
- Dinero procedente de la venta de objetos que tienen un significado cultural.

#### **Paso 4. La cobertura médica de su familia**

Responda estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura médica.

Sí  No ¿Hay alguien inscrito en la cobertura médica ahora de los siguientes? **Si la respuesta es Sí, marque el tipo de cobertura y escriba los nombres de las personas junto a la cobertura que tienen.**

Medicaid \_\_\_\_\_

CHIP \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (No la marque si tiene atención directa o bajo Cumplimiento del deber) \_\_\_\_\_

Programas de atención médica del VA \_\_\_\_\_

Cuerpos de Paz \_\_\_\_\_

Seguro del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es esto una cobertura COBRA?  Sí  No

¿Es esto un plan de salud para jubilados?  Sí  No

Otro \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es esto un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)?  Sí  No

Sí  No ¿Se ha mudado alguien a su casa o se ha ido de ella en los últimos tres meses? **Si la respuesta es Sí, responda a las siguientes preguntas.**

Nombre \_\_\_\_\_



Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de seguro social (SSN)

¿Qué relación tiene con usted?

¿Fecha en la que se mudó a la casa?

¿Fecha en la que se mudó de la casa?

Sí  No

¿Alguna de las personas que figuran en esta solicitud tiene cobertura médica de un trabajo? Marque la casilla Sí incluso si la cobertura proviene del trabajo de otra persona, como el padre, la madre o el cónyuge.

**Si la respuesta es Sí**, responda a la siguiente pregunta y a las preguntas del paso 5.

Si la respuesta es No, **pase al paso 6**.

Sí  No

¿Es este un plan de beneficios para los empleados del estado?

### Paso 5. Cobertura médica de los trabajos

**No** es necesario que responda a estas preguntas a menos que alguien en el hogar sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página por cada trabajo que ofrezca cobertura. Cuéntenos sobre el **trabajo** que ofrece cobertura.

**Información del empleado.** El **empleado** necesita rellenar esta sección.

Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de Seguro Social
--	-------------------------

**Información del empleador.** Solicite esta **información** al empleador.

Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (EIN)	
Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará los avisos a esta dirección)	Número de teléfono del empleador	
Ciudad	Estado	Código postal
¿A quién podemos contactar sobre la cobertura médica de los empleados en este trabajo?		
Número de teléfono (si es diferente al anterior)	Correo electrónico	

Sí  No

¿Es usted actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos tres meses? **Si la respuesta es Sí**, rellene la información que aparece a continuación. **Si la respuesta es No**, pase al paso 6.

Si está en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?

Indique los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este empleo.

**Plan de salud.** Cuéntenos sobre el **plan de salud** que ofrece este empleador.

Sí  No

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubra al cónyuge o al dependiente del empleado?

Si la respuesta es Sí, ¿qué personas?  Cónyuge  Dependientes

Sí  No  
 ¿Ofrece el empleador un plan que cumpla las reglas de valor mínimo?\*

Para el plan de menor costo que cumpla las reglas de valor mínimo\* ofrecido **solo al empleado** (no incluya los planes familiares):

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

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestral  Anual

\* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple la “regla de valor mínimo” si la parte de los costos de los beneficios totales permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos. (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

**Cambios del empleador.** ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo plan anual (si se conoce)?

- El empleador no ofrece cobertura médica.
- El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla la regla de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar).

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan? \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Trimestral  Anual

Fecha del cambio: \_\_\_\_\_

**Paso 6. Asistencia para completar esta solicitud**

**Puede elegir a un representante autorizado.**

Puede autorizar a una persona de confianza para que converse sobre esta solicitud con nosotros, para que vea su información y que actúe por usted en materias relacionadas con esta solicitud, incluido recibir información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Si en algún momento necesita cambiar su representante autorizado, avísenos. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)		
Dirección		Número de departamento o cuarto
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		
Nombre de la organización		Número de ID (si corresponde)

Mediante su firma, usted permite a esta persona firmar su solicitud, recibir información oficial sobre esta solicitud y actuar por usted en todas las materias futuras con esta agencia.

**NOTA:** Su firma aquí no significa que ha completado la solicitud. **Debe** firmar y fechar en la página 16 para completar esta solicitud.

Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
----------	--------------------

## Sólo para consejeros de solicitud, navegadores, agentes y corredores certificados.

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitud certificado, navegador, agente o corredor que presenta esta solicitud para otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	
Nombre de la organización	Número de ID (si corresponde)

### Paso 7. Lea y firme esta solicitud

#### Renovación de cobertura en años futuros

Para facilitar el proceso de determinar la elegibilidad para la cobertura médica en años futuros, sus datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, pueden ser verificados electrónicamente. También puede cambiar de opinión y no permitir que el Department of Human Services compruebe esta información.

¿Desea que esta información se verifique en el futuro y se utilice para renovar automáticamente su elegibilidad?

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente.

¿Cuánto tiempo?

5 años

4 años

3 años

2 años

1 año

No, no utilicen mis datos de la declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

#### Recuperación del patrimonio

La ley Federal requiere que Iowa tenga un programa de recuperación de patrimonio. Si usted obtiene Medicaid, puede estar sujeto a la recuperación de patrimonio. Esto significa que todos los fondos de Medicaid utilizados para pagar su atención médica, incluida la tarifa mensual **completa** pagada a una Organización de Cuidados Administrados (MCO), incluidos los servicios médicos y dentales, incluso si el plan no pagó ningún servicio, tendrán que ser devueltos por su patrimonio después de su muerte. La recuperación de patrimonio se aplica si obtiene Medicaid y si:

- ◆ Es mayor de 55 años, o
- ◆ Tiene menos de 55 años, vive en un centro médico y no se puede esperar razonablemente que retorne a su hogar.

Para mayor información, llame al Programa de Recuperación Patrimonial de Medicaid en Iowa al 1-877-463-7887 o visite en línea <http://hhs.iowa.gov/sites/default/files/CommI23.pdf> (Inglés) o <http://hhs.iowa.gov/sites/default/files/CommI23S.pdf> (Español).

#### Firme esta solicitud

La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que haya proporcionado la información requerida en el paso 6.

Cualquier pregunta que deje en blanco en esta solicitud, significa que estoy respondiendo que la pregunta no aplica en mi caso ni en los casos de las demás personas que figuran en esta solicitud.

Estoy de acuerdo en permitir que mi información sea utilizada y recuperada de fuentes de información, incluida una base de datos del sistema de verificación de activos, para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas que incluiré en la solicitud que permite que su información sea recuperada y utilizada de fuentes de datos para esta solicitud.

Reconozco que he leído y acepto el contenido del apartado *Derechos y responsabilidades*, Comm. 233. El apartado *Derechos y responsabilidades*, Comm. 233 se encuentra en las páginas 23 a 27 de esta solicitud.

A mi mejor saber y entender, y mediante mi firma en esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio y falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas, incluida la información provista sobre la ciudadanía y el estatus migratorio de cada miembro del grupo familiar que solicita beneficios. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si entrego información falsa o incorrecta.

**Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de América, que la información contenida en esta declaración de hechos es veraz, correcta y completa.**

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------	--------------------

**Paso 8. Proporcione la solicitud completa**

- En persona: llévelo a su oficina local del HHS.
- Fax: envíelo al (515) 564-4017
- Correo electrónico: enviar a [imagingcenter4@dhs.state.ia.us](mailto:imagingcenter4@dhs.state.ia.us)
- Envíe su solicitud firmada a:

Imaging Center 4  
PO Box 2027  
Cedar Rapids, Iowa 52406

Si quiere registrarse para votar, puede completar un formulario de registro para votantes en:  
<http://sos.iowa.gov/elections/pdf/voteapp.pdf>

**Appendix A for Health Coverage  
(Apéndice A de cobertura salud)**

**Complete esta sección si usted o alguien en su grupo familiar es adulto mayor (65 o más años), ciego o discapacitado.**

Nombre de la persona que solicita servicios	Estado civil	Fecha de nacimiento	N°. de Social Security

Por favor indique si usted o alguien en su grupo familiar necesita cualquiera de las siguientes coberturas:

- Ayuda para pagar los costos de su centro (enfermería, PMIC, centro de enfermería especializada)
- Servicios para permanecer en su hogar (incluye vida asistida)
  - Exención por SIDA/VIH – Sin límite de edad y diagnóstico de SIDA o infección por VIH
  - Exención por lesión cerebral – Al menos 1 mes de edad y diagnóstico de lesión cerebral
  - Exención por salud mental de menores – Menores de 18 años y diagnóstico de trastorno emocional grave
  - Exención para adultos mayores – 65 años o más y necesitan enfermería o un nivel de atención especializado
  - Exención por salud y discapacidad – Menos de 65 años y determinado como discapacitado
  - Exención por discapacidad intelectual – Sin límite de edad y diagnóstico de discapacidad intelectual
  - Exención por discapacidad física – Entre 18 y 64 años con una discapacidad física
  - Programa de atención médica con todo incluido para adultos mayores (PACE) – 55 años o más, vivir en un condado que tenga un centro PACE y cumplir con el requisito de Nivel de Atención
- Ayuda para pagar las primas de Medicare
- State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria) (centro de cuidado residencial, cuidados relacionados con la salud a domicilio, persona dependiente)
- Ayuda para pagar una estadía hospitalaria de 30 días o más.
- Otro

**POR FAVOR PROVEA VERIFICACIÓN DE TODOS LOS PUNTOS QUE MARQUE ABAJO (copias, no originales)**

**Si tiene más información para informar, utilice una hoja de papel adicional.**

- I. **Ingreso** – Infórmenos sobre cualquier fuente de ingreso adicional de cada persona en su grupo familiar; por ejemplo, manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad del pulmón negro, ferroviario, Supplemental Security Income (SSI) (Ingreso de Seguro Suplementario), compensación del trabajador, intereses, pensión alimenticia y dividendos, etc.

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

2. **Recursos** – Infórmenos todos los recursos de cada persona en su grupo familiar, incluidos el dinero disponible, cuentas de cheques y ahorros, tarjeta de débito del seguro social, acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, plan 401ks, IRAs, CDs, etc.

Nombre del propietario del recurso	Tipo de recurso	Nombre/Ubicación de la institución financiera	Cuenta	Valor actual

3. **Vehículos motorizados** – Infórmenos sobre todos los vehículos de cada persona en su grupo familiar, incluso si el vehículo no estuviera en buenas condiciones de funcionamiento.

Propietario	Año/Marca/Modelo	Valor justo de mercado	Monto adeudado

4. **Gastos médicos insatisfechos** – Infórmenos sobre todos los gastos médicos (correspondientes a cada una de las personas en su grupo familiar) que no son reembolsados por terceros.

Nombre de la persona con gastos médicos insatisfechos	Tipo de gasto médico	Monto	¿Cada cuánto tiempo incurre en este gasto?

5. **Entierro/Funeral** – Infórmenos sobre todos los nichos de cementerio, fondos para entierro o funeral, o contratos de entierro de cada persona en su grupo familiar.

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

6. **Seguro de vida** – Infórmenos sobre todas las pólizas de seguro de vida de propiedad de cada persona en su grupo familiar.

Propietario de la póliza	Nombre y dirección de la compañía	N.º de póliza

¿Tiene la intención de utilizar su seguro de vida para pagar los gastos de funeral?  Sí  No

7. **Propiedad** – Infórmenos sobre todas las propiedades de cada persona en su grupo familiar, incluida su casa (la casa donde usted vive) y otros bienes inmuebles (otras propiedades; por ejemplo, casa de vacaciones, casa para el alquiler, terreno sin construir, edificios, etc.).

Dueño de la propiedad	Dirección de la propiedad	Valor de la propiedad

8. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene el dominio vitalicio de algún bien?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

9. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene un fideicomiso?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

10. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar nunca ha aceptado una herencia en los últimos cinco años?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

11. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar transfirió, vendió o donó recursos por menos de su valor en los últimos cinco años?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién/qué: \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrió: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

12. ¿Alguien de los que solicita beneficios vive en una institución médica (enfermería, hospital, PMIC, etc.)?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

13. ¿Usted o alguien en su grupo familiar recibe seguro para cuidados a largo plazo?  Sí  No

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

14. Si actualmente vive en una institución médica y es propietario de una casa, ¿pretende volver a su casa?  Sí  No

15. ¿Alguien en su grupo familiar que esté solicitando tiene algún trámite pendiente del beneficio por Discapacidad del Seguro Social?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

**Para acelerar el procesamiento de su solicitud**, puede proveer verificación de lo siguiente con su solicitud. Si no presenta la verificación con su solicitud, recibirá una carta que indicará lo que necesitamos antes de procesar su solicitud.

Para cualquier persona que solicite y no sea ciudadano estadounidense:

▪ **Estatus migratorio**

Tarjeta de identificación de extranjero (tarjeta verde, I-551, I-94), visa, pasaporte, o documentos del Servicio de Inmigraciones

Envíe verificación de aquellos que:

▪ **Trabajan**

Talones de cheques de los últimos 30 días o una declaración escrita de las ganancias de su empleador si no tuviera los talones de cheques.

▪ **Son empleados por cuenta propia**

La declaración de impuestos más reciente y todas las planillas relacionadas o registros del negocio si no presentó la declaración de impuestos.

▪ **Reciben otro ingreso**

(Esto incluye manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad de pulmón negro, ferroviario, compensación del trabajador, intereses y dividendos, dinero recibido de amigos o parientes, pensión, etc.) Una declaración de la persona o compañía que emite el ingreso, copia de los cheques (que muestren el monto de ingreso bruto), carta de otorgamiento de beneficio, formularios de impuestos, orden de la corte, u otros documentos de los últimos 30 días o el más reciente recibido.

Envíenos un comprobante en el caso de cualquier persona que durante los últimos 90 días, a partir de la fecha de la solicitud, tenga 19 años o más.

▪ **Cuentas bancarias**

Estados de cuenta recientes o una declaración escrita del banco donde se indique el saldo o valor actual de las cuentas.

▪ **Propiedad**

Estado de cuenta de impuestos de la propiedad. Incluya documentos que muestren el monto adeudado contra la propiedad.

▪ **Contratos de entierro/funeral**

Contrato de entierro y declaración de bienes y servicios de la compañía o funeraria que tiene el contrato.

▪ **Otros recursos**

Incluye acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, 401ks, IRAs, CDs, vehículos, etc.

▪ **Pólizas de seguro de vida**

Valor nominal y en efectivo, bonos, anualidades, fideicomisos, declaraciones de propiedad de acciones, u otros documentos que muestren el valor de los activos. Incluya documentos que muestren el saldo actual de los préstamos contra los activos.

▪ **Gastos médicos insatisfechos**

Facturas médicas, facturas de farmacia, transporte médico.

***Envíe copias de los comprobantes. No envíe sus documentos originales.***



Iowa Department of Health and Human Services  
**Anexo a los formularios de solicitud y revisión para autorización para solicitar información**

**Autorización para solicitar información – OPCIONAL**

**¡Ayúdenos a ayudarle!**

No tiene que firmar esto, pero su firma nos permitirá obtener la información que necesitamos para ayudarle, sin tener que requerir su firma para cada solicitud específica.

**Debería saber que:**

- Tal vez necesitemos información adicional para decidir si puede recibir asistencia.
- Si necesitáramos información adicional de usted, recibirá una carta que le indicará qué necesitamos y la fecha límite de presentación de esa información.
- Usted es responsable de conseguir la información o de pedirnos ayuda para obtenerla.
- Si no nos entrega la información para la fecha límite ni nos pide ayuda para obtenerla, su solicitud podría ser denegada o su asistencia podría ser interrumpida.
- Podríamos usar la autorización que se encuentra abajo para obtener la información que necesitamos. **Sin embargo, usted todavía tiene que proveernos la información solicitada o pedirnos ayuda para obtenerla.**
- Podríamos adjuntar una copia de esta autorización a un formulario que solicite a otras personas u organizaciones (como su empleador) la información específica que necesitamos sobre usted u otras personas en su grupo familiar.

**Escriba en letra de molde su nombre y firme abajo para autorizarnos a obtener la información que necesitamos.**

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN**

Por la presente, autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar al Iowa Department of Health and Human Services la información solicitada sobre mí u otros miembros de mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Esta autorización no procede en el caso de información médica protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_  
Su nombre (escriba claramente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del otro adulto (escriba claramente)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Firma o marca

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

**Por favor guarde esta página para su información.**



## **Rights and Responsibilities (Derechos y responsabilidades)**

Cuando obtiene Medicaid del Department of Health and Human Services (HHS), usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades.

Nota: "Medicaid" en este formulario se refiere a cualquier programa de asistencia médica del HHS, incluidos Medicaid, Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki), Iowa Health and Wellness Program (IHAWP), Asistencia estatal suplementaria (SSA, por sus siglas en inglés) y Asistencia Médica para Refugiados (RMA, por sus siglas en inglés).

### **¿Cuáles son mis derechos?**

Usted tiene derecho a:

- Solicitar cualquier programa.
- Presentar una solicitud en línea, por teléfono, correo postal, fax o en persona en la oficina del HHS de su condado.
- Recibir ayuda de alguien para completar su solicitud.
- Que le aclaren todas sus preguntas.
- Obtener información de los programas que solicita y cualquier otro programa del HHS que pueda recibir.
- Que le envíen un aviso dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha de recibo de su solicitud donde se indique la determinación adoptada.
- Mantener su información y la de su familia en privado de acuerdo con lo exigido por la ley.
- Que consideremos sus gastos para calcular su elegibilidad o la cantidad de asistencia a recibir y a presentar pruebas si se lo pedimos. Si no reporta o no entrega pruebas de sus gastos cuando se lo pidamos, significa que está eligiendo no reclamar el gasto. Puede informar y presentar pruebas más adelante para usar un gasto en los próximos meses.
- Ser tratado de manera igualitaria, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano de guerra. Si cree que lo hemos discriminado o que hemos tenido una actitud intimidatoria contra usted, envíe una carta detallando su queja a: HHS, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114 o por correo electrónico a [contactdhs@dhs.state.ia.us](mailto:contactdhs@dhs.state.ia.us)
- Apelar cualquier decisión con la que no esté de acuerdo siguiendo las instrucciones que se encuentran en la última página de este formulario.

### **¿Cuáles son mis responsabilidades?**

- Debe decirnos la verdad.
  - La sección 1128B de la Ley de Seguro Social provee penas federales por actos fraudulentos e informes falsos en relación con los programas de Medicaid.
  - Cualquier persona que obtiene, intenta obtener o ayuda a otra persona a obtener asistencia pública a la cual no tiene derecho, es culpable de violar las leyes del Estado de Iowa. Estas incluyen, entre otras, los capítulos 249, 249A, 249N y 514I del Código de Iowa.
  - Entregar información errónea intencionalmente podría significar que tomemos acciones legales, criminales o civiles, contra usted.

## Por favor guarde esta página para su información.

- Tendrá que devolver los beneficios pagados por error por usted o por cualquier persona que usted haya solicitado. Puede ser responsable por el monto total de los pagos realizados, incluidos los pagos al plan de salud y dental en el que se inscribió la persona.
- Debe informarnos cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad, dentro del plazo de 10 días. Esto incluye cambios como:
  - Una nueva dirección postal o de domicilio.
  - Comenzar o finalizar un trabajo o cualquier otra fuente de ingreso (incluidos un monto global, manutención de menores vencida, herencias, acuerdos o manutención médica en efectivo).
  - Mudanza de una persona dentro o fuera de su hogar.
  - Recursos o activos, incluida la obtención de una herencia.
  - Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud (incluidos los seguros patrocinados por el empleador, Medicare, etc.).
  - Presentar un reclamo del seguro u obtener un abogado para recuperar las facturas pagadas por Medicaid.

### Para informar un cambio:

- Llame al 1-877-347-5678, o
- Envíe un correo electrónico a [IMCustomerSC@dhs.state.ia.us](mailto:IMCustomerSC@dhs.state.ia.us), o
- Envíe la información por fax al 1-877-238-0015.
- Debe solicitar y aceptar cualquier otro beneficio y cobertura de asistencia médica que pueda recibir.
- Debe entregarnos la información solicitada y proveernos un comprobante, cuando se lo pidamos.
- Debe completar los formularios de revisión cuando se le pida que lo haga.
- Debe cooperar con la Sección de Control de Calidad (Quality Control Section, QC) y con el Departamento de Inspecciones y Apelaciones (Department of Inspections and Appeals, DIA). Ellos podrían contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar la solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad QC o al DIA.
- Si algún menor que se encuentre solicitando o recibiendo Medicaid tiene un padre que vive fuera del hogar, debe cooperar con la agencia que recauda la manutención médica de un padre ausente. Si considera que cooperar en el proceso para obtener la manutención médica puede provocar daños a usted o su hijo(a), infórmenos y podría no tener que colaborar en esto.
- Debe cooperar con el Programa de pago de primas del seguro médico (HIP, por sus siglas en inglés) e inscribirse en un plan de salud por medio de su empleador, si se lo solicitamos. Visite [www.dhs.state.ia.us/hip](http://www.dhs.state.ia.us/hip) para obtener una explicación.
- Debe aceptar asignar pagos médicos de una tercera persona a la agencia de Medicaid para usted y para otras personas elegibles para Medicaid y a quienes legalmente pueda asignar beneficios, también debe cooperar para obtener pagos médicos de terceros, otorgar a la agencia de Medicaid los derechos para buscar y obtener apoyo médico de un cónyuge y otorgar a la agencia de Medicaid derechos para buscar y obtener dinero de otros seguros de salud, acuerdos resolutorios legales o terceros.
- Si recibe dinero de otra persona o una compañía de seguros para pagar sus facturas médicas, debe entregar ese dinero al HHS si Medicaid pagó la factura. Ese dinero se utilizará para pagar las facturas que Medicaid pagó por usted.

**Este permiso caduca cuando se termina su Medicaid.**

## Por favor guarde esta página para su información.

### Otras cosas que necesita saber

- HHS proveerá documentos o formularios de reclamaciones que describan los servicios pagados por Medicaid a solicitud suya o de un abogado que actúe en su nombre. Esos documentos también se proveerán a terceros, si fuera necesario, para establecer la magnitud de la reclamación de reembolso del HHS.
- Si el Estado de Iowa se suscribió como el beneficiario residual de una anualidad para que usted calificara para el pago de cuidado a largo plazo de Medicaid, el Estado de Iowa obtendrá los beneficios remanentes de la anualidad, hasta el monto pagado de los beneficios de Medicaid.
- Si se inscribe en un plan de salud de cuidado administrado, usted acepta la divulgación de información médica, incluida cualquier información clínica de salud mental o abuso de sustancias por parte de sus proveedores médicos a PCP, a otros proveedores de cuidado administrado o a la entidad administrativa autorizada contratada por el proveedor de cuidado administrado para determinar la idoneidad, calidad o utilización de los servicios recibidos mientras esté inscrito en el plan de cuidado administrado. Se necesita una certificación médica Iowa Medicaid para ciertos programas médicos. Los pagos de cualquier servicio médico futuro se harán directamente a los médicos y proveedores médicos bajo el Programa de Seguro de Medicare (Medicare Parte B).

### Revisamos lo que usted nos dice

La información que usted nos da podría ser revisada por funcionarios federales, estatales y locales para verificar si es verdadera. Las cosas que podemos verificar incluyen cualquiera de las indicadas por la persona: Número de Seguro Social, empleo y salario, saldo en cuenta bancaria, estatus migratorio y montos recibidos de otras fuentes como el Seguro Social o seguro de desempleo. Si alguna información provista no es correcta, podemos pedirle que nos envíe comprobantes o podemos negar o cancelar sus beneficios.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguna de las personas en su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto podría ser para ver si una persona fue descalificada de un programa en otro estado.

Como parte del proceso de determinación de elegibilidad, es posible que necesitemos recuperar su información de fuentes como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA), el Departamento de Seguridad Nacional, el Sistema de Verificación de Activos (AVS, por sus siglas en inglés) y el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad del estado. Si cualquier cosa que nos haya dicho es diferente a lo que figura en los sistemas, averiguaremos para saber cual es la información correcta. Par revisar su información podríamos comunicarnos con su empleador, con su banco o con otras personas. Para hacer este tipo de averiguaciones con su empleador, banco u otras personas, le preguntaremos a usted primero. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.

La autorización para usar la base de datos del AVS se mantiene vigente durante todo el tiempo que el Departamento determina la elegibilidad, mientras la persona recibe Medicaid o hasta que el solicitante o beneficiario revoca esta autorización. Si se presenta una renuncia o revocación de la autorización, el Departamento puede, basado en eso, determinar que el solicitante o beneficiario no es elegible para recibir asistencia médica.

### Información acerca de la solicitud de un Número de Seguro Social

Podemos entregar ayuda solo a personas que nos den su Número de Seguro Social (SSN) o un comprobante de la oficina del Seguro Social y negaremos la asistencia a las personas que no nos provean un SSN. No hay excepciones a esta regla. Contáctenos si tiene preguntas.

No tiene que darnos el SSN de las persona en su grupo familiar que no quieran ayuda, pero usted puede elegir darnos sus SSN para acelerar el procesamiento de su caso. Utilizaremos cualquier SSN que nos entregue de la misma forma que lo hacemos con el SSN de las personas que solicitan asistencia. Como lo exige la Sección 1137(a)(1) de la Ley del Seguro Social y en 42 CFR 435.910, usamos el SSN para verificar ingresos/ elegibilidad/pagos, determinar el derecho de una persona a recibir Medicaid, cumplir con la ley federal y comparar registros con otras agencias.

### Información acerca del estatus migratorio

Usted puede solicitar solo para una parte de las personas de su grupo familiar incluso si algunos miembros no tienen estatus migratorio legal. Por ejemplo, los padres que no tienen estatus migratorio legal pueden solicitar por sus hijos  
Comm. 233(S) (Rev. 06/23)

## Por favor guarde esta página para su información.

estadounidenses o residentes legales. Es posible que deba presentar un comprobante del estatus migratorio o de la ciudadanía estadounidense para cada persona de su grupo familiar que está solicitando beneficios.

Cuando nos dice que una persona que está presentando una solicitud tiene un estatus migratorio elegible, el estatus migratorio de esa persona se verifica con el Departamento de Seguridad Nacional, lo cual requiere que enviemos cierta información de su solicitud o formulario de revisión. Cualquier información que obtengamos del Departamento de Seguridad Nacional puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar. No contactaremos al Departamento de Seguridad Nacional para consultar por personas que no solicitan beneficios. Sin embargo, sus ingresos y activos podrían ser considerados para ver si el resto del grupo familiar puede recibir ayuda.

### Información acerca de la recuperación de patrimonio

La ley Federal requiere que Iowa tenga un programa de recuperación de patrimonio. Si usted obtiene Medicaid, puede estar sujeto a la recuperación de patrimonio. Esto significa que todos los fondos de Medicaid utilizados para pagar su atención médica, incluida la tarifa mensual completa pagada a una Organización de Cuidados Administrados (MCO), incluidos los servicios médicos y dentales, incluso si el plan no pagó ningún servicio, tendrán que ser devueltos por su patrimonio después de su muerte. La recuperación de patrimonio se aplica si obtiene Medicaid y si:

- Es mayor de 55 años, o
- Tiene menos de 55 años, vive en un centro médico y no se puede esperar razonablemente que retorne a su hogar.

Para mayor información, llame al Programa de Recuperación Patrimonial de Medicaid en Iowa al 1-877-463-7887 o visite en línea:

<http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf> (Inglés) o <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (Español).

### Al firmar un formulario de solicitud/revisión, usted otorga su autorización para que el HHS comparta:

- Sus registros médicos y otros registros de salud con oficiales federales y estatales.
- El estado de su caso Médicamente con necesidades (Medically Needy), el monto de su gasto inicial y las facturas utilizadas para cubrir sus gastos con el proveedor cuyas facturas se están utilizando.
- La fecha de vencimiento de la prima de Medicaid de Personas Empleadas con Discapacidades (MEPD), IHAWP, DWP y Hawki con su proveedor médico.
- La información contenida en su solicitud para exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) con la agencia de administración de casos elegida o con el administrador del Programa de Servicios para Lesiones Cerebrales (para solicitudes de exención de HCBS por lesiones cerebrales) del Iowa Department of Health and Human Services (HHS).
- La fecha de presentación de su solicitud en su centro de enfermería.

### Al firmar un formulario de solicitud/revisión, usted:

- Autoriza a su proveedor médico a compartir su información médica con un PCP, otros proveedores de cuidado administrado o al organismo administrativo autorizado contratado por el proveedor de cuidado administrado para determinar la idoneidad, calidad o utilización de los servicios recibidos mientras esté inscrito en el plan de cuidado administrado.
- Autoriza a su proveedor médico a compartir su información con la Unidad de Servicios Médicos IME para certificar una necesidad médica para ciertos programas o servicios de Asistencia Médica.

### Información para quienes solicitan WIC o servicios de salud maternal e infantil

- Es necesario proveer una declaración de ingresos y de las personas que componen su grupo familiar para asegurar que los fondos federales y estatales se dirijan a aquellas personas que son menos capaces de obtener servicios de otras fuentes.

## Por favor guarde esta página para su información.

- El Director de Salud Maternal e Infantil del Iowa Department of Health and Human Services, el Director de WIC, o sus designados tendrán acceso a toda la información disponible en los registros mantenidos por la agencia que provee servicios de salud maternal, salud infantil o WIC.

### Información para quienes solicitan servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid

- Sus respuestas a algunas preguntas no afectarán la presunta decisión de elegibilidad de Medicaid. Estas respuestas son necesarias para que el HHS tome una decisión solo para solicitudes de continuidad de Medicaid.
- Si solo solicita servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid, no se verificará toda su información en los sistemas computacionales.
- Si elige que su solicitud se envíe al HHS para una determinación de continuidad de Medicaid, el HHS verificará los ingresos, la ciudadanía, el estatus migratorio, la identidad y otra información según sea necesario.
- Todos los servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid se otorgan diariamente y pueden finalizar en un día determinado, sin previo aviso, una vez que se determina que la persona ya no es presuntamente elegible.
- No se otorgan audiencias de apelación para casos de servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid.

### Cómo apelar

Usted, o la persona que le ayude, puede solicitar una audiencia de apelación si no está de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para apelar por escrito haga una de las siguientes cosas:

- Complete una apelación electrónicamente en [https://secureapp.dhs.state.ia.us/dhs\\_titan\\_public/appeals/appealrequest](https://secureapp.dhs.state.ia.us/dhs_titan_public/appeals/appealrequest), o
- Escriba una carta explicando por qué cree que la decisión es errónea, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del HHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo postal o llévelo personalmente al HHS, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del HHS de su condado. Puede representarse solo. O bien, puede hacer que un amigo, pariente, abogado u otra persona actúe en su nombre.

Puede comunicarse con la oficina del HHS de su condado para obtener información sobre los servicios legales existentes. Es posible que tenga que pagar por estos servicios legales. Si así fuera, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al **1-800-532-1275**. Si vive en el condado de Polk, llame al **(515) 243-1193**.