



# SOLICITUD DE COBERTURA DE SALUD Y ASISTENCIA PARA EL PAGO DE COSTOS

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

SFN 1909 (7-2023)

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

- Planes de seguro médico privados asequibles que ofrecen cobertura integral para ayudarle a mantenerse sano
- Un crédito fiscal que puede ayudarle a pagar inmediatamente sus primas de cobertura médica
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid

**¿Quién puede utilizar esta aplicación?**

- Utilice esta aplicación para solicitarla para cualquier miembro de su familia.
- Solicite incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura gratuita o de menor costo.
- Si es soltero, es posible que pueda utilizar un formulario breve. Visite [applyforhelp.nd.gov](http://applyforhelp.nd.gov)
- Las familias que incluyan inmigrantes pueden presentar su solicitud. Puede hacer la solicitud por su hijo incluso si no es elegible para la cobertura. La solicitud no afectará su estatus migratorio ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, es posible que deba completar el Apéndice C.

**Haga la solicitud de forma más rápida en línea**

Haga la solicitud más rápido en línea en [applyforhelp.nd.gov](http://applyforhelp.nd.gov)

**Lo que puede necesitar para hacer la solicitud**

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

**¿Por qué solicitamos esta información?**

Le preguntamos sobre sus ingresos y otra información para informarle para qué cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que usted proporcione de forma privada y segura, según lo exige la ley.**

**¿Qué pasará después?**

Envíe su solicitud y documentación completa y firmada a la dirección del Centro de atención al cliente en la página 12. **Si no tiene toda la información que le solicitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Nos comunicaremos con usted dentro de 1 a 2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los próximos pasos para completar su cobertura médica. Si no recibe noticias nuestras, visite [applyforhelp.nd.gov](http://applyforhelp.nd.gov) o llame al **1-844-854-4825**. Completar esta solicitud no significa que tenga que comprar cobertura médica.

**Obtenga ayuda con esta solicitud**

- **En línea:** [applyforhelp.nd.gov](http://applyforhelp.nd.gov)
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de ayuda al **1-844-854-4825**.
- **Personalmente:** Es posible que haya consejeros en su área que puedan ayudarlo. Visite nuestro sitio web o llame al **1-844-854-4825** para obtener más información.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-844-854-4825**.
- Comuníquese con su Zona de Servicios Humanos local. Consulte la Guía de Solicitud de Asistencia para obtener una lista de las oficinas de la Zona de Servicios Humanos.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [applyforhelp.nd.gov](http://applyforhelp.nd.gov) o llámenos al **1-844-854-4825**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-844-854-4825**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-844-854-4825** e indique al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-366-6888**.

# SOLICITUD DE COBERTURA DE SALUD Y ASISTENCIA PARA EL PAGO DE COSTOS

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

DIVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

SFN 1909 (7-2023)



## Paso 1 Cuéntenos sobre usted

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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Dirección de casa (deje en blanco si no tiene una)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección particular)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado
14. Número de teléfono particular	15. Número de teléfono del trabajo o de mensajes		16. Número de teléfono móvil

\*\*\* Si está solicitando cobertura de atención médica y ha ingresado su dirección residencial y postal como "Entrega general" o "Sin hogar", o la ha dejado en blanco, su correo se enviará a la oficina local de la Zona de Servicios Humanos. Deberá hacer arreglos para recoger su correo en la oficina de la Zona de Servicios Humanos semanalmente. Si no recoge su correo durante tres (3) semanas, su caso puede cerrarse debido a la pérdida de contacto. \*\*\*\*

## ¿Le gustaría recibir notificaciones por mensaje de texto y correo electrónico?

Todos los correos electrónicos y mensajes de texto que contienen información médica protegida (PHI) u otra información confidencial se transmiten cifrados (seguros) a menos que usted solicite y dé su consentimiento para recibir correos electrónicos y mensajes de texto no cifrados (no seguros).

No se puede garantizar la privacidad y seguridad del correo electrónico y los mensajes de texto. Existe cierto riesgo de que cualquier PHI u otra información confidencial contenida en un correo electrónico o mensaje de texto pueda ser desviada, divulgada o interceptada por un tercero no autorizado. No debe aceptar el envío de correos electrónicos ni de mensajes de texto a menos que esté dispuesto a aceptar estos riesgos.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos no es responsable de ninguna tarifa que impongan sus proveedores de servicios de correo electrónico y mensajes de texto, los correos electrónicos o mensajes de texto que no se reciban debido a fallas técnicas, o la divulgación inadecuada de PHI u otra información confidencial que no sea una resultado de nuestra negligencia.

Usted es responsable de notificar a su asistente social sobre cualquier cambio en su información de contacto y si desea cancelar esta solicitud.

Solicito las siguientes comunicaciones (marque todas las que correspondan):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aviso de revisión para la continuación de la elegibilidad en los programas inscritos, o necesidad de una solicitud completa para determinar la elegibilidad del programa. | <input type="checkbox"/> Envíe un correo electrónico a | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto |
| <input type="checkbox"/> Comunicaciones periódicas y continuas sobre la solicitud, elegibilidad, inscripción y participación en los programas inscritos.   | <input type="checkbox"/> Envíe un correo electrónico a | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto |

Acepto los riesgos asociados y consiento recibir:

- Mensajes de texto y correo electrónico cifrados (seguros) como se indica anteriormente.
- Mensajes de texto y correo electrónico no cifrados (no seguros) como se indica anteriormente. Entiendo que no cifrado (no seguro) significa que se eliminan las protecciones de seguridad adicionales que salvaguardan el contenido de los correos electrónicos y mensajes de texto.

Dirección de correo electrónico	Número de mensaje de texto
Firma	Fecha
Idioma preferido (escrito)	Idioma preferido (hablado)

## Paso 2 Cuéntenos sobre su familia

### ¿Qué necesita incluir en esta solicitud?

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

### Para adultos que necesitan cobertura.

Incluya a estas personas incluso si no solicitan cobertura médica ellos mismos:

- Cualquier cónyuge
- Cualquier hijo menor de 21 años, incluidos hijastros, que viva con usted
- Cualquier otra persona en la misma declaración de impuestos federales sobre la renta (incluido cualquier hijo mayor de 21 años que se reclame en la declaración de impuestos de uno de los padres)

### Para niños menores de 21 años que necesitan cobertura.

Incluya a estas personas incluso si no solicitan cobertura médica ellos mismos:

- Cualquier padre (o padrastro) con el que vivan
- Cualquier hijo o hija con el que vivan, incluidos los hijastros
- Cualquier hermano con el que vivan
- Cualquier otra persona en la misma declaración de impuestos federales sobre la renta
- Cualquier cónyuge con el que viva

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

**Complete el Paso 2 para cada persona de su familia.** Empiece por usted mismo y luego agregue otros adultos y niños. Si tiene más de 4 personas en su familia, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario proporcionar el estado migratorio ni un número de Seguro Social (SSN) para los familiares que no necesitan cobertura médica. Mantendremos toda la información que usted proporcione de forma privada y segura, según lo exige la ley. Usaremos información personal solo para verificar si usted es elegible para recibir cobertura médica.

## Paso 2: Persona 1 (Empiece por usted mismo)

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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. Relación con usted UNO MISMO
3. Fecha de nacimiento	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5. Número de Seguro Social

**Necesitamos el Número de Seguro Social si desea cobertura médica y tiene un SSN.** Proporcionar su SSN puede ser útil si no desea también cobertura médica, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos el SSN para verificar los ingresos y otra información para ver 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 [ssa.gov](http://ssa.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? <input type="checkbox"/> Sí: responda las preguntas a-c <input type="checkbox"/> No: pase a la pregunta c		(Aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta).
a. ¿Presentará una declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del cónyuge	
b. ¿Va a declarar a alguna persona dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, agregue los nombres de los dependientes	
c. ¿Se le declarará como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del declarante de impuestos	
¿Cómo se relaciona usted con el declarante de impuestos?		
7. ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo?	
8. ¿Necesita cobertura sanitaria? (Incluso si tiene seguro, es posible que exista un programa con mejor cobertura o costos más bajos). <input type="checkbox"/> Sí: responda todas las preguntas a continuación <input type="checkbox"/> No: pase a las preguntas sobre ingresos en la página siguiente. Deje el resto de esta página en blanco.		
9. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le causa limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o en un asilo de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
10. ¿Es usted ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	11. ¿Es usted ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.) <input type="checkbox"/> Sí: complete a y b a continuación <input type="checkbox"/> No: continúe con la pregunta 12	
a. Número de extranjero	b. Número certificado	

**Paso 2: Persona 1 (Continúe con usted mismo)**

12. Si no es ciudadano o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?

 Sí: ingrese el tipo de documento y el número de identificación a continuación:

Tipo de Documento	Número de identificación (ID)
Tipo de documento de inmigración	Tipo de estado (opcional)
Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración	
Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)

¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996?

 Sí  No

¿Es usted, su cónyuge o sus padres veteranos o miembros en servicio activo del ejército de los EE. UU.?

 Sí  No

13. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?

 Sí  No

14. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona principal que cuida de este(os) niño(s)?

 Sí  No

En caso afirmativo, nombre del (los) niño(s)

15. ¿Es estudiante a tiempo completo?

 Sí  No

16. ¿Estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más?

 Sí  No En caso afirmativo, cuándo: ¿Qué Estado?

17. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda)

 Mexicano  Mexicano americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro, especifique:

18. Raza (OPCIONAL - Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Isleño de otra parte del Pacífico
<input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro, especifique:
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	

**Información actual sobre empleo e ingresos** Empleado

Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 19.

 Desempleado

Pase a la pregunta 27.

 Trabajador autónomo

Pase a la pregunta 28.

**Trabajo actual 1**

19. Nombre del empleador		20. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
21. Salarios/Propinas (antes de impuestos)	Período de pago <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
22. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			

**Paso 2: Persona 1 (Continúe con usted mismo)****Trabajo actual 2** (si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

23. Nombre del empleador		24. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
25. Salarios/Propinas (antes de impuestos)	Período de pago <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
26. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			
27. El año pasado, usted: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Empezó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones			

28. Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo
b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?

**29. Otros ingresos este mes** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo recibe.**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos o el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).**NOTA:** (La pensión alimenticia recibida es solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Ninguno	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$		<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta	\$	
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$		<input type="checkbox"/> Alquiler neto/regalías	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro social	\$		<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$				

Tipo:

**30. Deducciones** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo paga.Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco más bajo. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el trabajo independiente neto (pregunta 28b).**NOTA:** (La pensión alimenticia se paga solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otras deducciones por ingreso bruto ajustado	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos estudiantiles	\$			\$	
<input type="checkbox"/> Matrícula y tarifas deducibles de impuestos	\$				

Tipo:

**31. Ingreso anual** Complete solo si sus ingresos cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, pase a la siguiente persona.

Su ingreso total de <b>este</b> año	Sus ingresos totales del <b>próximo</b> año (si cree que serán diferentes)
-------------------------------------	--

**Paso 2: Persona 2**

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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. Relación con usted
3. Fecha de nacimiento	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5. Número de Seguro Social

**Necesitamos el Número de Seguro Social si desea cobertura médica y tiene un SSN.**

6. ¿Vive la Persona 2 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, indique la dirección
---	-----------------------------

7. ¿La Persona 2 planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? <input type="checkbox"/> Sí: responda las preguntas a-c <input type="checkbox"/> No: pase a la pregunta c	(Aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta).
--	--

a. ¿La Persona 2 presentará una declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del cónyuge
---	--

b. ¿La Persona 2 declarará alguna persona dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, agregue los nombres de los dependientes
--	---

c. ¿Se declarará a la Persona 2 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del declarante de impuestos
--	--

¿Cómo se relaciona la Persona 2 con el declarante de impuestos?

8. ¿Está embarazada la Persona 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo?
--	--

9. ¿La Persona 2 necesita cobertura médica? (Incluso si tiene seguro, es posible que exista un programa con mejor cobertura o costos más bajos). <input type="checkbox"/> Sí: responda todas las preguntas a continuación <input type="checkbox"/> No: pase a las preguntas sobre ingresos en la página siguiente. Deje el resto de esta página en blanco.
---

10. ¿Tiene la Persona 2 una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o un asilo de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--

11. ¿La Persona 2 es ciudadana estadounidense o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. ¿La Persona 2 es un ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.) <input type="checkbox"/> Sí: complete a y b a continuación <input type="checkbox"/> No: continúe con la pregunta 13
---	--

a. Número de extranjero	b. Número certificado
-------------------------	-----------------------

13. Si la Persona 2 no es ciudadana o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí: ingrese el tipo de documento y el número de identificación a continuación:
--

Tipo de Documento	Número de identificación (ID)
-------------------	-------------------------------

Tipo de documento de inmigración	Tipo de estado (opcional)
----------------------------------	---------------------------

Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración

Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
-----------------------------	---

SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)
--	--

¿Ha vivido la Persona 2 en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es la persona 2, su cónyuge o sus padres veteranos o miembros en servicio activo del ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

14. ¿La Persona 2 quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  
 Sí  No

15. ¿Vive la Persona 2 con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este(os) niño(s)?  
 Sí  No

En caso afirmativo, nombre del (los) niño(s)

16. ¿Estuvo la persona 2 en un hogar de acogida a los 18 años o más?  
 Sí  No En caso afirmativo, cuándo:  ¿Qué Estado?

**Solo responda las preguntas 17 y 18 si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos. Si la Persona 2 tiene 23 años o más, comience con la pregunta 19.**

17. ¿Tenía la Persona 2 seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses?  
 Sí  No

a. En caso afirmativo, fecha de finalización	b. Motivo por el que finalizó el seguro	18. ¿La Persona 2 es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

19. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda)  
 Mexicano  Mexicano americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro, especifique:

20. Raza (OPCIONAL - Marque todo lo que corresponda)  
 Blanco  Chino  Vietnamita  Samoano  
 Negro o afroamericano  Filipino  Otro asiático  Isleño de otra parte del Pacífico  
 Nativo estadounidense o de Alaska  Japonés  Nativo de Hawái  Otro, especifique:  
 Indio asiático  Coreano  Guameño o Chamorro

**Información actual sobre empleo e ingresos**

Empleado Si la Persona 2 está empleada actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 21.

Desempleado Pase a la pregunta 29

Trabajador autónomo Pase a la pregunta 30.

**Trabajo actual 1**

21. Nombre del empleador		22. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

23. Salarios/Propinas (antes de impuestos) Período de pago  
 Por hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

24. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

**Trabajo actual 2** (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

25. Nombre del empleador		26. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

27. Salarios/Propinas (antes de impuestos) Período de pago  
 Por hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

28. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

29. El año pasado, la Persona 2:  
 Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguna de estas opciones

30. Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?

**Paso 2: Persona 2 (Continuación)**

**31. Otros ingresos este mes** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos o el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

**NOTA:** (La pensión alimenticia recibida es solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Ninguno	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$		<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta	\$	
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$		<input type="checkbox"/> Alquiler neto/regalías	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro social	\$		<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$				

Tipo::

**32. Deducciones** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco más bajo. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el trabajo independiente neto (pregunta 28b).

**NOTA:** (La pensión alimenticia se paga solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otras deducciones por ingreso bruto ajustado	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamo estudiantiles	\$			\$	
<input type="checkbox"/> Matrícula y tarifas deducibles de impuestos	\$				

Tipo::

**33. Ingreso anual** Complete solo si sus ingresos cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la Persona 2, pase a la siguiente persona o al Paso 3.

Ingresos totales de la Persona 2 este año	Ingresos totales de la Persona 2 el próximo año (si cree que será diferente)
---	--

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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. Relación con usted
3. Fecha de nacimiento	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5. Número de Seguro Social

**Necesitamos el Número de Seguro Social si desea cobertura médica y tiene un SSN.**

6. ¿Vive la Persona 3 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, indique la dirección
7. ¿La Persona 3 planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? <input type="checkbox"/> Sí: responda las preguntas a-c <input type="checkbox"/> No: pase a la pregunta c		(Aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta).
a. ¿La Persona 3 presentará una declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del cónyuge	
b. ¿La Persona 3 declarará alguna persona dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, agregue los nombres de los dependientes	
c. ¿Se declarará a la Persona 3 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, nombre del declarante de impuestos
¿Cómo se relaciona la Persona 3 con el declarante de impuestos?		
8. ¿Está embarazada la persona 3? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo?
9. ¿La Persona 3 necesita cobertura médica? (Incluso si tiene seguro, es posible que exista un programa con mejor cobertura o costos más bajos). <input type="checkbox"/> Sí: responda todas las preguntas a continuación <input type="checkbox"/> No: pase a las preguntas sobre ingresos en la página siguiente. Deje el resto de esta página en blanco.		
10. ¿Tiene la Persona 3 una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o un asilo de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11. ¿La Persona 3 es ciudadana estadounidense o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		12. ¿La Persona 3 es un ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.) <input type="checkbox"/> Sí: complete a y b a continuación <input type="checkbox"/> No: continúe con la pregunta 13
a. Número de extranjero		b. Número certificado
13. Si la Persona 2 no es ciudadana o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí: ingrese el tipo de documento y el número de identificación a continuación:		
Tipo de Documento		Número de identificación (ID)
Tipo de documento de inmigración		Tipo de estado (opcional)
Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración		
Número de extranjero o I-94		Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)		Otro (código de categoría o país de emisión)
¿Ha vivido la Persona 3 en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es la Persona 3, su cónyuge o sus padres veteranos o miembros en servicio activo del ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿La Persona 3 quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
15. ¿Vive la Persona 3 con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este(os) niño(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

En caso afirmativo, nombre del (los) niño(s)

16. ¿Estuvo la persona 3 en un hogar de acogida a los 18 años o más?  
 Sí  No En caso afirmativo, cuándo:  ¿Qué Estado?

**Solo responda las preguntas 17 y 18 si la PERSONA 3 tiene 22 años o menos. Si la Persona 3 tiene 23 años o más, comience con la pregunta 19.**

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

a. En caso afirmativo, fecha de finalización	b. Motivo por el que finalizó el seguro	18. ¿La Persona 3 es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

19. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda)  
 Mexicano  Mexicano americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro, especifique:

20. Raza (OPCIONAL - Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Isleño de otra parte del Pacífico
<input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro, especifique:
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	

### Información actual sobre empleo e ingresos

<input type="checkbox"/> Empleado Si la Persona 3 está empleada actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 21.	<input type="checkbox"/> Desempleado Pase a la pregunta 29	<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo Pase a la pregunta 30.
---	---	--

### Trabajo actual 1

21. Nombre del empleador		22. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
23. Salarios/Propinas (antes de impuestos)	Período de pago <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
24. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			

### Trabajo actual 2 (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

25. Nombre del empleador		26. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
27. Salarios/Propinas (antes de impuestos)	Período de pago <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
28. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			
29. El año pasado, la Persona 2: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Empezó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones			

30 Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo
b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?

**31. Otros ingresos este mes** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos o el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

**NOTA:** (La pensión alimenticia recibida es solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Ninguno	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$		<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta	\$	
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$		<input type="checkbox"/> Alquiler neto/regalías	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro social	\$		<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$				

Tipo:

**32. Deducciones** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco más bajo. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el trabajo independiente neto (pregunta 28b).

**NOTA:** (La pensión alimenticia se paga solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otras deducciones por ingreso bruto ajustado	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamo estudiantiles	\$			\$	
<input type="checkbox"/> Matrícula y tarifas deducibles de impuestos	\$				

Tipo:

**33. Ingreso anual** Complete solo si sus ingresos cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la Persona 3, pase a la siguiente persona o al Paso 3.

Ingresos totales de la Persona 3 este año	Ingresos totales de la Persona 3 el próximo año (si cree que será diferente)
---	--

**Paso 2: Persona 4**

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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. Relación con usted
3. Fecha de nacimiento	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5. Número de Seguro Social

**Necesitamos el Número de Seguro Social si desea cobertura médica y tiene un SSN.**

6. ¿Vive la Persona 4 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, indique la dirección
--	-----------------------------

7. ¿La Persona 4 planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? <input type="checkbox"/> Sí: responda las preguntas a-c <input type="checkbox"/> No: pase a la pregunta c	(Aún puede solicitar un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta).
--	--

a. ¿La Persona 4 presentará una declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del cónyuge
---	--

b. ¿La Persona 4 declarará a alguna persona dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, agregue los nombres de los dependientes
--	---

c. ¿Se declarará a la Persona 4 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del declarante de impuestos
--	--

¿Cómo se relaciona la Persona 4 con el declarante de impuestos?	
---	--

8. ¿Está embarazada la Persona 4? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo?
--	--

9. ¿La Persona 4 necesita cobertura médica? (Incluso si tiene seguro, es posible que exista un programa con mejor cobertura o costos más bajos). Sí: responda todas las preguntas a continuación <input type="checkbox"/> No: pase a las preguntas sobre ingresos en la página siguiente. Deje el resto de esta página en blanco.	
--	--

10. ¿Tiene la Persona 4 una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o un asilo de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
---	--

11. ¿La Persona 4 es ciudadana estadounidense o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. ¿La Persona 4 es un ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.) <input type="checkbox"/> Sí: complete a y b a continuación <input type="checkbox"/> No: continúe con la pregunta 13
--	--

a. Número de extranjero	b. Número certificado
-------------------------	-----------------------

13. Si la Persona 4 no es ciudadana o nacional de los EE. UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí: ingrese el tipo de documento y el número de identificación a continuación:	
--	--

Tipo de Documento	Número de identificación (ID)
-------------------	-------------------------------

Tipo de documento de inmigración	Tipo de estado (opcional)
----------------------------------	---------------------------

Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración	
---	--

Número de extranjero o I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
-----------------------------	---

SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)
--	--

¿Ha vivido la Persona 4 en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es la persona 4, su cónyuge o sus padres veteranos o miembros en servicio activo del ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

14. ¿La Persona 4 quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
---	--

15. ¿Vive la Persona 4 con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este(os) niño(s)?  
 Sí  No

En caso afirmativo, nombre del (los) niño(s)

16. ¿Estuvo la persona 4 en un hogar de acogida a los 18 años o más?  
 Sí  No En caso afirmativo, cuándo: ¿Qué Estado?

**Paso 2: Persona 4 (continuación)**

**Solo responda las preguntas 17 y 18 si la PERSONA 4 tiene 22 años o menos. Si la Persona 4 tiene 23 años o más, comience con la pregunta 19.**

17. ¿Tenía la Persona 4 seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses?  
 Sí  No

a. En caso afirmativo, fecha de finalización	b. Motivo por el que finalizó el seguro	18. ¿La Persona 4 es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

19. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda)  
 Mexicano  Mexicano americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro, especifique:

20. Raza (OPCIONAL - Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Isleño de otra parte del Pacífico
<input type="checkbox"/> Nativo estadounidense o de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro, especifique:
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	

**Información actual sobre empleo e ingresos**

<input type="checkbox"/> Empleado Si la Persona 4 está empleada actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 21.	<input type="checkbox"/> Desempleado Pase a la pregunta 29	<input type="checkbox"/> Trabajador autónomo Pase a la pregunta 30.
---	---	--

**Trabajo actual 1**

21. Nombre del empleador		22. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
23. Salarios/Propinas (antes de impuestos)	Período de pago <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
24. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			

**Trabajo actual 2** (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

25. Nombre del empleador		26. Número de teléfono del empleador	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
27. Salarios/Propinas (antes de impuestos)	Período de pago <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
28. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			
29. El año pasado, la Persona 2: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Empezó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas opciones			

30. Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo
b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?

**Paso 2: Persona 4 (Continuación)**

**31. Otros ingresos este mes** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos o el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

**NOTA:** (La pensión alimenticia recibida es solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Ninguno	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$		<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta	\$	
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$		<input type="checkbox"/> Alquiler neto/regalías	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro social	\$		<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$				

Tipo:

**32. Deducciones** Marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica sea un poco más bajo. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el trabajo independiente neto (pregunta 28b).

**NOTA:** (La pensión alimenticia se paga solo para divorcios finalizados antes del 1/1/2019)

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	Monto	¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otras deducciones por ingreso bruto ajustado	Monto	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamo estudiantiles	\$			\$	
<input type="checkbox"/> Matrícula y tarifas deducibles de impuestos	\$				

Tipo:

**33. Ingreso anual** Complete solo si sus ingresos cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la Persona 2, pase a la siguiente persona o al Paso 3.

Ingresos totales de la Persona 4 este año	Ingresos totales de la Persona 4 el próximo año (si cree que será diferente)
---	--

### Paso 3 Miembros indio americano o nativo de Alaska (AI/AN) de la familia

1. ¿Es usted o alguien de su familia indio americano o nativo de Alaska?

Sí: pase al Apéndice B

No: pase al paso 4

### Paso 4 La cobertura médica de su familia

Responda estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura médica.

1. ¿Hay alguna persona inscrita actualmente en cobertura de salud entre las siguientes?

Sí: marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de las personas al lado de la cobertura que tienen  No

Medicaid \_\_\_\_\_  TRICARE (No marque si tiene atención directa o cumplimiento del deber)

Medicare \_\_\_\_\_

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

Cuerpo de Paz \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico	Número de póliza	¿Esta cobertura es COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------	------------------	--	--

Otro \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico	Número de póliza	¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza contra accidentes escolares)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------	------------------	--

2. ¿A alguien incluido en esta solicitud se le ofrece cobertura médica a través de un trabajo? Marque sí incluso si la cobertura proviene del trabajo de otra persona, como un padre o un cónyuge.

Sí. Deberá completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados?  Sí  No

No: continúe con el paso 5

### Recuperación de patrimonio

Las leyes estatales y federales exigen que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Departamento) presente reclamaciones contra el patrimonio de un miembro de Medicaid que: (1) tenía 55 años o más cuando el individuo recibió los servicios de Medicaid; (2) que haya estado institucionalizado permanentemente y haya recibido servicios, independientemente de su edad; o (3) es cónyuge de un miembro de Medicaid que tenía 55 años o más o estaba institucionalizado permanentemente cuando se proporcionaron los beneficios de Medicaid. A partir del 1 de agosto de 2015, excepto por la parte del pago realizado a un proveedor privado por servicios de centros de enfermería, servicios domiciliarios y comunitarios y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados recibidos mientras se está en un asilo de ancianos o mientras se reciben servicios domiciliarios y comunitarios, el Departamento no puede presentar una queja contra el patrimonio para recuperar pagos realizados en nombre de miembros que recibieron cobertura a través de un proveedor privado. A partir del 1 de enero de 2020, los servicios de farmacia ya no son parte de la cobertura a través de un proveedor privado, son proporcionados por el Departamento y están sujetos a la recuperación del patrimonio de Medicaid. Las personas elegibles bajo la cobertura de Expansión de Medicaid reciben su cobertura a través de un proveedor privado.

## Paso 5 Lea y firme esta solicitud

Confirmando que ninguna persona que solicite seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o encarcelada). De lo contrario, se encarcelará a la persona identificada a continuación está encarcelada.

Proporcione el nombre de la persona encarcelada

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica si decide presentar la solicitud. Verificaremos sus respuestas utilizando información de nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional o una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, es posible que le solicitemos que nos envíe pruebas.

### Renovación de cobertura en años futuros

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que la Oficina de la Zona de Servicios Humanos utilice datos de ingresos, incluida información de declaraciones de impuestos. La Oficina de Zona de Servicios Humanos o la Oficina Estatal me enviarán un aviso, me permitirán hacer cambios y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Sí, renueven mi elegibilidad automáticamente para los próximos

5 años (el número máximo de años permitido)

4 años

3 años

2 años

1 año

No utilicen información de declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura

### Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le doy a la agencia Medicaid nuestro derecho a solicitar y obtener dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También le doy a la agencia de Medicaid el derecho de buscar y obtener apoyo médico de un cónyuge o padre.
- ¿Alguno de los niños incluidos en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar?  Sí  No
- En caso afirmativo, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recauda manutención médica de un padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo comunicárselo a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

### Mi derecho a apelar

Si creo que el Mercado de Seguros Médicos o Medicaid han cometido un error, puedo apelar esta decisión. Apelar significa decirle a alguien en el Mercado de Seguros Médicos o Medicaid que creo que la acción es incorrecta y solicitar una revisión justa de la acción. Sé que alguien distinto a mí puede representarme en el proceso. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con la oficina local de la Zona de Servicios Humanos o con la agencia estatal al 1-844-854-4825. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, religión, represalias, y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se derivan de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las categorías prohibidas se aplicarán a todos los programas o actividades laborales).

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), escriba:

Centralized Case Management Operations  
US Department Of Health And Human Services  
200 Independence Ave SW  
Room 509F HHH BLDG  
Washington D.C. 20201

o llame al 1-800-368-1019 o (800) 537-7697 (TTY)

o envíe un correo electrónico: [ocrcomplaint@hhs.gov](mailto:ocrcomplaint@hhs.gov)

El HHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisé y entiendo mis derechos y responsabilidades como se explica en la Guía. [www.applyforhelp.nd.gov](http://www.applyforhelp.nd.gov)

Acepto los términos y condiciones que se enumeran a continuación:

Declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es correcta. Esto incluye información sobre identidad, ciudadanía y condición de extranjero de los miembros del grupo familiar que solicitan asistencia.

Entiendo que la información sobre mi condición de extranjero y otra información se verificarán cuando se encuentren discrepancias. La condición de extranjero de los miembros del grupo familiar solicitante puede estar sujeta a verificación por parte de USCIS mediante la presentación de información de la solicitud a USCIS. La verificación recibida puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios.

**Entiendo que la información que proporciono en esta solicitud o junto con ella está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si la información es correcta. Si alguna información es incorrecta, se me puede negar la asistencia y puedo estar sujeto a un proceso penal por proporcionar a sabiendas información incorrecta.**

Acepto informar a la oficina del Centro de Atención al Cliente cualquier cambio en ingresos, bienes o condiciones de vivienda según sea necesario. Entiendo que no recibiré una deducción por ningún gasto permitido que no informe y verifique.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, sexo, incluida la identidad de género y la orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, religión o estatus con respecto al matrimonio o la asistencia pública, y en algunos casos creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa ofrecido por el HHS, envíe una queja por escrito a:

Department of Health and Human Services  
Legal Division  
600 E. Boulevard Ave Dept. 325  
Bismarck ND 58505-0250

o llame al (701) 328-2311 o 711 TTY o envíe un FAX: (701) 328-2173

correo electrónico: [dhslau@nd.gov](mailto:dhslau@nd.gov)

Autorizo a cualquier persona que tenga la custodia o el conocimiento de la información relacionada conmigo o con otros miembros del grupo familiar a revelar cualquier información requerida que no sea información de salud protegida a cualquier agente autorizado del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Yo/nosotros autorizo/autorizamos a Child Support a divulgar cualquier registro de pagos de manutención infantil con esta autorización que es tan válida como la original.

Entiendo que al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, firmo esta Solicitud SFN 1909 para cobertura médica y asistencia para pagar costos electrónicamente. Estoy de acuerdo en que mi firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita.

Firma	Fecha
Otra firma (cónyuge, tutor u otro adulto)	Fecha

**Nota:** Si desea designar un representante autorizado, complete el Apéndice C.

### **Paso 6: Solicitud completa por correo**

Devuelva su formulario firmado y fechado a la oficina local de su Zona de Servicios Humanos

Envíelo por correo a:

Department Of Health and Human Services  
Customer Support Center  
PO Box 5562

Bismarck ND, 58506

por FAX: (701)-328-1006

por correo electrónico: [applyforhelp@nd.gov](mailto:applyforhelp@nd.gov)

Si tiene preguntas, llame al Centro de Atención al Cliente al: 1-866-614-6005

Las ubicaciones de las oficinas de la zona de servicios humanos se pueden encontrar aquí:

<https://www.hhs.nd.gov/human-service/zones>

## APÉNDICE A

### COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEO

**NO** es necesario que responda estas preguntas a menos que alguien en el grupo familiar sea elegible para recibir cobertura médica a través de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos sobre el **trabajo** que ofrece cobertura.

**Lleve la Herramienta de Cobertura del Empleador en la página siguiente al empleador que ofrece cobertura para que lo ayude a responder estas preguntas. Solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.**

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

1. Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
--	---

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN)
5. Dirección		6. Número de teléfono del empleador
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

No (deténgase aquí y complete el resto de la solicitud)  Sí (continúe)

Fecha de elegibilidad para inscribirse en la cobertura (si se encuentra en un período de espera o de prueba)

Enumere los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este trabajo

Nombre	Nombre	Nombre
--------	--------	--------

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

14. ¿Los planes que ofrece el empleador cumplen con el estándar de valor mínimo\*?

Sí (pase a la pregunta 15)  No

15. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo ofrecido **únicamente al empleado** que cumpla con el estándar de valor mínimo\*? No incluya planes familiares.

El empleado pagaría esta prima (NOTA: Ingrese el monto más bajo que el empleado pagaría por cobertura médica)

El empleado pagaría esta cantidad:

Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

16. **Si otros miembros del grupo familiar figuran en la pregunta 13:** ¿Cuánto pagaría el empleado por el plan de menor costo que cubra al empleado y a los miembros del grupo familiar enumerados en la pregunta 13? Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagaría si obtuviera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no obtuviera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

El empleado pagaría esta prima (NOTA: Ingrese el monto más bajo que el empleado pagaría por cobertura médica)

El empleado pagaría esta cantidad:

Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

\* Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen con el estándar de valor mínimo.

## HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Utilice esta herramienta para ayudar a responder las preguntas del Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud de un empleador para la que sea elegible (incluso si proviene del trabajo de otra persona, como un padre o su cónyuge). La información en los cuadros numerados a continuación coincide con los cuadros del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe coincidir con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que complete el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura médica.

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

El **empleado** debe completar esta sección.

1. Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
--	---

### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (solicite esta información al empleador )

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN)	
5. Dirección	6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o usted será elegible en los próximos 3 meses?  No (deténgase y devuelva este formulario al empleado)  Sí (continúe)

Fecha de elegibilidad para inscribirse en la cobertura (si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba)

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

14. ¿Los planes que ofrece el empleador cumplen con el estándar de valor mínimo\*?

Sí (pase a la pregunta 15)  No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

15. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo ofrecido **únicamente al empleado** que cumpla con el estándar de valor mínimo\*? No incluya planes familiares.

El empleado pagaría esta prima (NOTA: Ingrese el monto más bajo que el empleado pagaría por cobertura médica)

El empleado pagaría esta cantidad:

Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

16. **Si otros miembros del grupo familiar figuran en la pregunta 13:** ¿Cuánto pagaría el empleado por el plan de menor costo que cubra al empleado y a los miembros del grupo familiar enumerados en la pregunta 13? Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagaría si obtuviera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no obtuviera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

El empleado pagaría esta prima

El empleado pagaría esta cantidad:

Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

\* Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen con el estándar de valor mínimo.

## Miembro de la familia indígena americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es indio americano o nativo de Alaska. Envíelo con su solicitud de cobertura médica y ayuda para pagar costos.

Cuéntenos acerca de sus familiares indios americanos o nativos de Alaska.

Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, programas de salud tribales o programas de salud para indios urbanos. Es posible que tampoco tengan que pagar costos compartidos y obtengan períodos de inscripción mensuales especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible.

**NOTA:** Si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjunte.

	Persona AI/AN 1		Persona AI/AN 2	
1. Nombre	Primer nombre	Segundo nombre	Primer nombre	Segundo nombre
	Apellido		Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí - Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí - Nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Esta persona alguna vez recibió un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o mediante una remisión de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso negativo, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas de salud indígenas urbanos o para ser remitido a uno de estos programas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso negativo, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas de salud indígenas urbanos o para ser remitido a uno de estos programas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Es posible que cierto dinero recibido no se cuente para Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP). Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) informado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.</li> <li>• Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indio por el Departamento del Interior (incluidas reservas y reservas anteriores)</li> <li>• Dinero proveniente de la venta de cosas que tienen importancia cultural</li> </ul>	Monto		Monto	
	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?	
	Tipo de ingresos <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Alquiler o regalía <input type="checkbox"/> Agricultura o pesca <input type="checkbox"/> Otro		Tipo de ingresos <input type="checkbox"/> Trabajo independiente <input type="checkbox"/> Alquiler o regalía <input type="checkbox"/> Agricultura o pesca <input type="checkbox"/> Otro	

## APÉNDICE C

### Asistencia para completar esta solicitud

Puede elegir un representante autorizado.

Puede otorgar permiso a una persona de confianza para hablar con nosotros sobre esta solicitud, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con su oficina de la Zona de Servicios Humanos. Si es un representante designado legalmente por alguien en esta solicitud, presente prueba con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido)			
2. Dirección			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Número de teléfono
8. Nombre de la organización			9. Número de identificación (si corresponde)

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre la solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

10. Firma	11. Fecha
-----------	-----------

Solo para asesores, navegadores, agentes y corredores de solicitudes certificados.

Complete esta sección si es un asesor de solicitudes certificado, navegante, agente o corredor que completa esta solicitud en nombre de otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud	2. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		
3. Nombre de la organización			4. Número de identificación (si corresponde)