



MISSISSIPPI DIVISION OF
MEDICAID

POSTULACIÓN PARA RECIBIR BENEFICIOS MÉDICOS EN MISSISSIPPI (MEDICAID, CHIP, AYUDA PARA EL PAGO DE COSTOS DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO)

Esta postulación se utiliza con el fin de solicitar cobertura médica para lo siguiente:

- Medicaid
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- El nuevo crédito fiscal que puede ayudarle a pagar las primas de su seguro médico
- Planes de seguros médico privados a través de un mercado federal de seguros médicos

Utilice esta postulación para solicitar cobertura médica para niños, mujeres embarazadas, padres de bajos ingresos de hijos menores de 18 años de edad y cualquier integrante de su familia que necesite solicitar cobertura médica. ***Si necesita ayuda para completar esta postulación, necesita esta postulación en un idioma distinto al inglés o si tiene impedimentos auditivos o visuales y necesita asistencia especial, comuníquese al 1-800-421-2408.***

No es necesario que complete esta postulación en formato impreso. Si lo desea, puede presentar su postulación en línea en www.medicaid.ms.gov o www.HealthCare.gov.

Lo que necesitará para postularse:

- Números de Seguro Social o números de documento para inmigrantes legales que necesitan seguro.
- Fechas de nacimiento.
- Información del empleador y de ingresos de cada persona de su familia que percibe ingresos. Utilice los ingresos de recibos de sueldo o formularios W-2, o bien cualquier documento que muestre exactamente lo que cada persona recibe como ingreso.
- Números de póliza para cualquier seguro médico actual,
- Información sobre cualquier seguro médico laboral disponible para su familia.

Mantendremos privada toda la información que usted facilite, tal como lo exige la ley.

Complete y firme esta postulación y envíela a la dirección que aparece más adelante. Si tiene preguntas, llame al 1-800-421-2408 para obtener ayuda.

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA REGIONAL DE MEDICAID

PARTE I: CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR. Esta persona es el contacto adulto principal para esta postulación. Nos comunicaremos con usted respecto a cualquier pregunta adicional que podamos tener. No es necesario solicitar cobertura médica para ser el contacto principal.

Nombre completo _____

Dirección residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección de correspondencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Números telefónicos (residencial) _____ (Celular) _____

(trabajo) _____ (núm. para mensajes) _____

¿Quiere recibir información sobre esta postulación por correo electrónico? Sí No Si la respuesta es sí, facilite la dirección de correo electrónico: _____

Idioma hablado o escrito preferido (si no es inglés) _____

PARTE 2: REPRESENTANTE AUTORIZADO (opcional). Puede nombrar a una persona de su confianza para que actúe como su representante autorizado. Esto significa que usted le está dando permiso a esta persona para ver su postulación y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta postulación, incluyendo facilitar la información necesaria para completar esta postulación. Debe completar y firmar esta parte de la postulación para designar a alguien que actúe en su nombre. Si alguien está legalmente designado para actuar en su nombre, presente un comprobante con esta postulación.

Nombre del representante _____

Dirección (incluya el núm. de apartamento o lote) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ N.º de teléfono _____

Relación con la cabeza del grupo familiar _____

Nombre de la organización _____

N.º de identificación (si corresponde) _____

Al firmar, usted autoriza que esta persona firme su postulación, obtenga información oficial sobre esta postulación y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con la cobertura médica de los postulantes:

Firma de la cabeza del grupo familiar _____ Fecha _____

PARTE 3: INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR. Incluya a todas las personas que viven con usted, incluso si no son postulantes. Si presenta una declaración de impuestos federales, indique a todas las personas que incluya en su declaración de impuestos federales, incluso si no viven con usted. La persona 1 es la cabeza del grupo familiar para esta postulación.

	Nombre	Número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento	Sexo: masculino o femenino	¿Cuál es su relación con esta persona?	¿Esta persona es un postulante?
1					YO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

***Números de Seguro Social (SSN).** Necesitamos los SSN de todas las personas que tengan uno y se postulan cobertura médica. No es necesario que facilite un SSN para los integrantes del grupo familiar que no se postulen, pero acelerará el proceso de postulación si nos proporciona el SSN de todos. Usamos los SSN para verificar ingresos y otro tipo de información con el fin de determinar quién es elegible para recibir ayuda con la cobertura médica. Si necesita ayuda para obtener un SSN, comuníquese con la Administración del Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778, o bien visite www.socialsecurity.gov.

PARTE 4: COBERTURA RETROACTIVA DE MEDICAID (no disponible para niños que califican para CHIP). Si se determina que es elegible para Medicaid, ¿algún integrante del grupo familiar que se postula necesita Medicaid para cubrir los servicios recibidos en los últimos 3 meses? Sí No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Nombre de los integrantes del grupo familiar y meses necesarios: _____

PARTE 5: INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO. Si alguien que se postula para cobertura médica **cuenta en la actualidad** con un seguro médico, infórmenos al respecto. Esto incluye Medicaid, CHIP, **Medicare**, cobertura a través de programas médicos del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), cobertura privada, trabajo, un plan médico para jubilados o cualquier tipo de seguro médico.

Nombre de la persona	Tipo de cobertura	Nombre del plan médico	Número de póliza

PARTE 6: INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR. Complete la siguiente información sobre todos los integrantes del grupo familiar mencionados en la Parte 3.

Persona 1. Esta es la persona nombrada como cabeza del grupo familiar

Nombre: _____
(Nombre) (2. ° nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto? _____

¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione su estado civil para efectos de la declaración:

Casado declarando en conjunto Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar Viudo calificado Si presenta la declaración en conjunto con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados:

¿Se le declarará como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ ¿Cómo se relaciona con el declarante? _____

¿Necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación.

No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene alguna discapacidad, ¿le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá que complete formularios adicionales con el fin de determinar si califica para Medicaid como persona con una discapacidad.

¿Es usted ciudadano estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____

Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Usted, su cónyuge o sus padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Vive con al menos un niño menor de 18 años y es usted la persona principal que cuida de este niño?

Sí No Si la respuesta es sí, nombre del (de los) niño(s) _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Estuvo en cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza, marque todo lo que corresponda (opcional): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático

Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái

Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro _____

Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional) Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano

Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 1 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Es usted actualmente...?

Empleado: ¿cuántos empleos? _____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? ___ Desempleado

Empleo núm. 1. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá de este trabajo por cuenta propia?
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, usted... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
 Explique: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de sus ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si usted recibe estos tipos de ingresos para mantener a su familia. Marque aquí si recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de sus ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.
 Tipo _____
 Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si sus ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son sus ingresos totales para este año calendario?
 \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 2. Proporcionémos información sobre la persona n.º 2 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No
Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto
Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar
 Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí,
nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la
respuesta, nombre del declarante: _____ ¿Relación con el declarante? _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación.
 No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como
bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas
mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como
persona con una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como
persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no,
complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____
Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres
son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño?
 Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta
es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención
médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta
persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más?
 Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska
 Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático
 Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro
_____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional) Mexicano
 Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 2 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? _____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? _____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
\$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de los ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.
Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 3. Proporcionémos información sobre la persona n.º 3 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No
Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto
 Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar
 Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí,
nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la
respuesta, nombre del declarante: _____ Relación con el declarante _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación.
 No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como
bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas
mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona
con una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como
persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no,
complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____
Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres
son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño?
 Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta
es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención
médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta
persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí,
¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska
 Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático
 Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro _____
Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano
 Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 3 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? _____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? _____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes

Mensual Anual Promedio de horas trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes

Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?

\$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro

Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de sus ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.

Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 4. Proporcionémos información sobre la persona n.º 4 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____

(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?

_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto

Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar

Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ ¿Relación con el declarante? _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación. No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____
Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska

Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático

Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro

_____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano

Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 4 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? ____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? ____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Promedio de horas trabajadas cada semana ____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana__ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
\$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de sus ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son. Tipo__

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 5. Proporcionémos información sobre la persona n.º 5 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ ¿Relación con el declarante? _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación. No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____ Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro _____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional) Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 5 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? ____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? ____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana ____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana ____ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
 Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de los ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.
 Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 6. Proporcionémos información sobre la persona n.º 6 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ Relación con el declarante _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación. No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____ Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro _____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 6 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? _____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? _____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes

Mensual Anual Promedio de horas trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes

Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana __ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
\$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de sus ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.
Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 7. Proporcionémos información sobre la persona n.º 7 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ ¿Relación con el declarante? _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación. No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____ Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro _____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 7 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? _____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? _____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Promedio de horas trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
 Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de sus ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.

Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 8. Proporcionémos información sobre la persona n.º 8 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar
 Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ ¿Relación con el declarante? _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación.
 No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____
Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska
 Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático
 Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro

_____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional) Mexicano
 Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 8 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? _____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? _____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
 \$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
 Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de los ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.
 Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 9. Proporcionémos información sobre la persona n.º 9 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ Relación con el declarante _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación. No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____ Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro _____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 9 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? ____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? ____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes

Mensual Anual Promedio de horas trabajadas cada semana _____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes

Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana ____ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
\$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de sus ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son.
Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

Persona 10. Proporcionémos información sobre la persona n.º 10 que figura en la Parte 3. Integrantes del grupo familiar

¿Esta persona vive en la misma dirección que la cabeza del grupo familiar? Sí No

Nombre: _____
(Nombre) (2.º nombre/apellido de soltera) (Apellido) (sufijo)

¿Esta persona está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto?
_____ ¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año? Sí No Si la respuesta es sí, seleccione el estado civil para efectos de la declaración: Casado declarando en conjunto Casado declarando por separado Individual Cabeza de grupo familiar Viudo calificado Si presenta una declaración conjunta con su cónyuge, nombre del cónyuge _____

¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, nombre de los dependientes declarados: _____

¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No Si la respuesta, nombre del declarante: _____ ¿Relación con el declarante? _____

¿Esta persona necesita cobertura médica? Sí Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación. No Si la respuesta es no, pase a “Información actual sobre ingresos y laboral” en la página siguiente.

¿Esta persona tiene una afección médica física, mental o emocional que limita actividades comunes, tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc. o esta persona vive en un centro médico o en una residencia para personas mayores? Sí No Si tiene una discapacidad, ¿a esta persona le gustaría postularse para Medicaid como persona con una discapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, se deben completar formularios adicionales para determinar si esta persona califica como persona con una discapacidad.

¿Esta persona es ciudadana estadounidense o nacional estadounidense? Sí No Si la respuesta es no, complete lo siguiente: Situación migratoria (tal como residente permanente legal, refugiado, asilado, etc.) _____ Tipo de documento migratorio y núm. de identificación _____

¿Esta persona ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No ¿Esta persona, su cónyuge o los padres son veteranos o miembros en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Esta persona vive con al menos un niño menor de 18 años y es la persona principal que cuida a este niño? Sí No Si la respuesta es sí, indique el (los) nombre(s) del (de los) niño(s). _____

¿Alguno de los niños mencionados tiene alguno de los padres que viva fuera del hogar? Sí No Si la respuesta es sí, se le pedirá a esta persona que colabore con los servicios de manutención infantil para cobrar la manutención médica del (de la) padre (madre) ausente, a menos que los servicios de manutención infantil determinen que esta persona tiene una causa justificada para no colaborar.

¿Esta persona estaba bajo cuidado sustituto cuando tenía 18 años de edad o más? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____

Raza (opcional; marque todas las opciones que correspondan): Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Chino Indio asiático Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Nativo de Hawái Samoano Guameño o chamorro Otro isleño del Pacífico Otro _____ Si es hispano o latino, marque todo lo que corresponda (opcional): Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

Persona 10 (continuación)

Información actual sobre ingresos y laboral. ¿Esta persona es actualmente...?:

Empleado: ¿cuántos empleos? ____ Trabajador por cuenta propia: ¿cuántos empleos? ____ Desempleada

Empleo núm. 1.: Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Promedio de horas trabajadas cada semana ____ Fecha de inicio del empleo _____

Empleo núm. 2. Nombre del empleador: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Salarios y propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Dos veces al mes
 Mensual Anual Horas promedio trabajadas cada semana__ Fecha de inicio del empleo _____

Trabajo por cuenta propia. Tipo de trabajo _____

¿Qué monto de ingresos netos (ganancias después de gastos autorizadas por el IRS) obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia?
\$ _____ ¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos? _____

El año pasado, esta persona... Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Otro
Explique cualquier cambio: _____

Otro tipo de ingresos: infórmenos sobre otro tipo de ingresos que esta persona reciba y que no sean el resultado de su empleo actual. Incluya ingresos tales como beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, intereses, dividendos, ingresos por alquiler y regalías.

Tipo de beneficio	Monto pagado (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibe?	Fecha de inicio de pago

Si esta persona es elegible para ciertos beneficios, tales como indemnización por desempleo, esta persona debe presentar una postulación para ser elegible para Medicaid.

La manutención infantil, el Programa de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), los pagos del Departamento de Asuntos de Veteranos y la indemnización laboral son tipos de ingresos que no se contabilizan como parte de sus ingresos familiares, pero nos ayuda a saber si esta persona recibe estos tipos de ingresos para contribuir a mantener a la familia. Marque aquí si esta persona recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos:

Deducciones de ingresos: ciertas deducciones permitidas en una declaración de impuestos federales pueden deducirse de los ingresos declarados (a menos que ya se hayan deducido de los ingresos mostrados anteriormente). Si esta persona paga pensión alimenticia, intereses de préstamos estudiantiles o tiene otras deducciones permitidas, infórmenos cuáles son. Tipo _____

Monto pagado \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Ingresos anuales: complete si los ingresos cambian de mes a mes. ¿Cuáles son los ingresos totales de esta persona para este año calendario? \$ _____ Próximo año (si son diferentes) \$ _____

PARTE 7: ACCESO A SEGURO MÉDICO

¿A alguien en el grupo familiar se le ofrece cobertura médica a través de un empleo? Esto incluye cobertura médica que la persona podría obtener a través de su empleo, el empleo de otra persona (tal como uno de los padres o cónyuge) y comprende planes de empleadores privados, TRICARE, planes para empleados federales o estatales o cualquier tipo de cobertura médica de un empleador.

Sí No **Si la respuesta es sí, deberá completar el Apéndice A.**

¿Este es un plan de beneficios para empleados estatales? Sí No

PARTE 8: COMPLETE SOLO SI ALGÚN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR ES INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA. Si no, pase a la Parte 9.

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

Nombre	Nombre	Nombre
¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de la tribu:	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de la tribu:	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de la tribu:
¿Esta persona alguna vez recibió un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	¿Esta persona alguna vez recibió un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N	¿Esta persona alguna vez recibió un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N
Si la respuesta es no, ¿esta persona alguna vez recibió servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribal o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿esta persona alguna vez recibió servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribal o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, ¿esta persona alguna vez recibió servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribal o mediante una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

Es posible que determinado monto de dinero recibido no se contabilice para Medicaid o CHIP. Infórmenos si alguno de los ingresos notificados para algún integrante del grupo familiar que sea indígena americano o nativo de Alaska incluye dinero de lo siguiente:

Pagos <i>per capita</i> de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, concesiones o regalías?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____ ¿Cuán a menudo?	Nombre de la persona que recibe el pago
¿Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, concesiones o regalías de tierras de reservaciones o tierras en fideicomisos indígenas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____ ¿Cuán a menudo?	Nombre de la persona que recibe el pago
¿Dinero procedente de la venta de objetos que tienen importancia cultural?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto \$ _____ ¿Cuán a menudo?	Nombre de la persona que recibe el pago

PARTE 9: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Se debe seleccionar una organización de atención coordinada (CCO) para los niños menores de 19 años que se determine que son elegibles para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Si está presentando una postulación para un niño menor de 19 años, elija uno (1) de los siguientes planes de atención coordinada:

Magnolia Health Plan United HealthCare Sin preferencia

- **Su posibilidad de obtener cobertura no se verá afectada si no responde esta pregunta.**
- **Aunque no es necesario que responda esta pregunta ahora, si los niños menores de 19 años son elegibles para CHIP, serán inscritos automáticamente en un plan de atención coordinada. Tendrá 90 días para cambiar o seleccionar otro plan.**

PARTE 10: LEA Y FIRME ESTA SOLICITUD

Firmo esta postulación bajo pena de perjurio, lo que significa que, según mi leal saber y entender, he facilitado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario. Sé que puedo estar sujeto a sanciones civiles y penales en virtud de la ley federal si proporciono información falsa o inexacta.

Sé que debo informar a Medicaid o al mercado federal de seguros médicos si algo cambia y es diferente de lo que escribí en esta postulación. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar. Para informar cambios, llame al 1-800-421-2408 o informe en persona o llamando a su oficina regional de Medicaid local.

Sé que, en virtud de la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.

Confirmando que nadie que solicite seguro médico en esta postulación está bajo encarcelamiento (en la cárcel).

Si alguien que se postula es elegible para Medicaid o CHIP, debe saber y aceptar lo siguiente:

Si Medicaid paga un gasto médico, cualquier dinero proveniente de otro seguro médico o de acuerdos legales se destinará a Medicaid para reembolsar estos servicios. Al aceptar servicios de Medicaid, usted accede a renunciar a sus derechos a cualquier pago de terceros a la División de Medicaid.

Si recibe atención o tratamiento bajo Medicaid o CHIP, usted autoriza al proveedor de atención médica a divulgar a la aseguradora de Medicaid o de CHIP su historial médico y la información relacionada con su diagnóstico, exámenes y tratamiento.

Su caso será revisado cada año y se le enviará un aviso respecto a la medida que usted debe tomar, si corresponde, para renovar la cobertura de Medicaid o CHIP. Los adultos pueden ser sometidos a revisión más de una vez al año dependiendo de los tipos de cambios informados durante el año.

La información que usted facilite puede ser seleccionada para su revisión por parte de auditores (revisores) estatales o federales. Debe colaborar con el proceso de revisión si su caso es seleccionado. No se necesita permiso adicional para obtener verificación u otro tipo de información para revisar su caso.

Los niños menores de 21 años que son elegibles para Medicaid son elegibles para un programa gratuito de prevención de atención médica. Brinda una manera para que los niños reciban exámenes médicos, chequeos, tratamientos de seguimiento y atención especial con el fin de garantizar que conserven una buena salud. Se le pedirá que seleccione un proveedor aprobado de cribado una vez que sus hijos estén inscritos en Medicaid.

PARTE 10: LEA Y FIRME ESTA SOLICITUD (continuación)

Los adultos elegibles para Medicaid deben recibir un examen de salud anual de su médico o clínica local. Este examen no contará para el límite anual de consultas médicas.

Consulte con su departamento de salud local para obtener información sobre servicios de planificación familiar y servicios de alimentos de WIC.

Necesitamos información en este formulario de postulación con el fin de verificar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica si decide postularse. Verificaremos sus respuestas utilizando información de nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), de la Administración del Seguro Social, del Departamento de Seguridad Nacional y/o de una agencia de información crediticia. Si la información no corresponde, podemos pedirle que nos envíe comprobantes.

Renovación de cobertura en años futuros: marque la casilla de su elección

Con el fin de que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que el mercado federal de seguros médicos utilice datos de ingresos, incluyendo información de declaraciones de impuestos. El mercado me enviará un aviso, me permitirá realizar cambios y puedo darme de baja en cualquier momento.

Sí, renovación de mi elegibilidad automáticamente (si es posible) para lo siguiente: 5 años (máximo) o por 4 años 3 años 2 años 1 año No usar información de declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Su derecho de apelación

Si cree que el mercado de seguros médicos, Medicaid o CHIP cometieron un error, puede apelar la decisión. Apelar significa solicitar una audiencia o revisión de la medida tomada que usted considera incorrecta. Puede averiguar cómo apelar cualquier medida tomada por el mercado federal de seguros médicos, Medicaid o CHIP llamando al 1-800-421-2408. Puede ser representado por otra persona distinta a usted, incluyendo un abogado (representante legal).

Se le explicará su elegibilidad y otro tipo de información importante. Un cambio en la información notificada en su postulación o formulario de revisión podría afectar la elegibilidad de todos integrantes del grupo familiar que se postulan o reciban beneficios mediante el mercado, Medicaid o CHIP.

Firme esta postulación

Firma de la cabeza del grupo familiar o del representante autorizado

Fecha (mes, día, año)

¿Quiere registrarse para votar? Sí No Si la respuesta es sí, complete el formulario de inscripción de votantes adjunto y devuélvalo junto con esta postulación.

Solo para consejeros y asesores de postulaciones certificados. Complete esta sección si usted es un consejero o asesor de postulaciones certificado que completa esta postulación en nombre de otra persona.

Nombre completo del consejero - _____

Nombre de la organización _____ Núm. de id. _____

Fecha de inicio de la postulación _____

APÉNDICE A. POSTULACIÓN DE COBERTURA MÉDICA EN MISSISSIPPI

COBERTURA MÉDICA DE EMPLEOS

Si alguien en el grupo familiar es elegible para recibir cobertura médica a través de un empleo, complete este formulario. Complete este formulario para cada empleo que ofrezca cobertura mediante formularios por separado para cada empleo. Lleve este formulario al empleador para ayudarle a responder las preguntas sobre cobertura médica de ser necesario. Complete el formulario para cada integrante del grupo familiar elegible para cobertura médica a través de un empleo, incluso si es del empleo de otra persona, como un cónyuge o padre (madre) de un hijo menor de 26 años de edad.

Nombre del empleado: _____ SSN: _____

Información acerca del empleador		Núm. de id. del empleador (EIN):
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador:		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	Correo electrónico:	
Persona de contacto respecto a la cobertura médica:		

¿Es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?
 Sí (continúe) No (deténgase aquí)
 Si se encuentra en período de espera o período de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? _____
 Indique los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura proveniente de este empleo.
 Nombre: _____
 Nombre: _____
 Nombre: _____

Infórmenos sobre el plan médico que ofrece este empleador:

¿El empleador ofrece un plan médico que cubra al cónyuge o dependiente del empleado? No Sí, ¿qué personas?
 Cónyuge Dependiente

¿El empleador ofrece un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo? Sí No *Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el estándar de valor mínimo si la parte del plan correspondiente a los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (sección 36B(c)(2) (C (ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)*

Para el plan de menor costo que satisfaga el estándar de valor mínimo ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): si el empleador cuenta con programas de bienestar, facilite la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo respecto a cualquier programa de abandono del tabaquismo y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

Primas del empleado para este plan \$ _____. ¿Cuán a menudo? _____

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

- El empleador no ofrecerá cobertura médica
- El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que satisfaga el estándar de valor mínimo (la prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar). Monto de la prima \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Fecha del cambio: _____

APÉNDICE A. POSTULACIÓN DE COBERTURA MÉDICA EN MISSISSIPPI

COBERTURA MÉDICA DE EMPLEOS

Si alguien en el grupo familiar es elegible para recibir cobertura médica a través de un empleo, complete este formulario. Complete este formulario para cada empleo que ofrezca cobertura mediante formularios por separado para cada empleo. Lleve este formulario al empleador para ayudarle a responder las preguntas sobre cobertura médica de ser necesario. Complete el formulario para cada integrante del grupo familiar elegible para cobertura médica a través de un empleo, incluso si es del empleo de otra persona, como un cónyuge o padre (madre) de un hijo menor de 26 años de edad.

Nombre del empleado: _____ SSN: _____

Información acerca del empleador	Núm. de id. del empleador (EIN):	
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador:		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	Correo electrónico:	
Persona de contacto respecto a la cobertura médica:		

¿Es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?
 Sí (continúe) No (deténgase aquí)
 Si se encuentra en período de espera o período de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? _____
 Indique los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura proveniente de este empleo.
 Nombre: _____
 Nombre: _____
 Nombre: _____

Infórmenos sobre el plan médico que ofrece este empleador:

¿El empleador ofrece un plan médico que cubra al cónyuge o dependiente del empleado? No Sí, ¿qué personas?
 Cónyuge Dependiente

¿El empleador ofrece un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo? Sí No *Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el estándar de valor mínimo si la parte del plan correspondiente a los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (sección 36B(c)(2) (C (ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)*

Para el plan de menor costo que satisfaga el estándar de valor mínimo ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): si el empleador cuenta con programas de bienestar, facilite la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo respecto a cualquier programa de abandono del tabaquismo y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

Primas del empleado para este plan \$ _____. ¿Cuán a menudo? _____

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

- El empleador no ofrecerá cobertura médica
- El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que satisfaga el estándar de valor mínimo (la prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar). Monto de la prima \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Fecha del cambio: _____