



# Solicitud de cobertura de salud

## Protección fácil y económica para su familia.

This is an application for health care benefits. If you need help translating it, please contact your county assistance office, CAO. Translation services will be provided free of charge.

Đây là mẫu đơn xin hưởng phúc lợi Bảo Trợ Y Tế. Nếu quý vị cần phiên dịch đơn này, xin liên lạc Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt nơi quý vị cư ngụ. Dịch vụ phiên dịch sẽ được cung cấp miễn phí.

នេះជាពាក្យដាក់សុំអនុវត្តប្រយោជន៍សំបូត្រពេទ្យ។ បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបកប្រែវា សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យដីលហ្វើដែលនៅតាមតំបន់របស់លោកអ្នក។ ការបកប្រែនឹងផ្តល់ដោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Esta es una solicitud de beneficios de Asistencia Médica. Si necesita ayuda con la traducción comuníquese con la oficina de asistencia del condado (CAO) que le corresponde. Los servicios de traducción son gratuitos.

这是关于医疗协助福利的申请。如果你需要翻译协助，请联络你所在地方的郡县援助办事处。可以免费提供翻译服务。

Настоящий документ является заявлением на получение обслуживания по программе Medical Assistance. Если вам нужна помощь в переводе данного заявления, обращайтесь в Окружное бюро помощи (County Assistance Office). Услуги по переводу предоставляются бесплатно.

### Utilice esta solicitud para ver las opciones de cobertura para las que reúne los requisitos:

- Seguro de salud gratuito o de bajo costo de Asistencia Médica o el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program) (CHIP).
- Un nuevo crédito tributario que puede ayudarle a pagar sus primas de seguro de salud
- Planes de seguro de salud privados de costo razonable que ofrecen cobertura completa para ayudarle a mantenerse saludable

### ¿Quién puede usar esta solicitud?

Usted puede usar esta solicitud para cualquier persona en su familia, aun cuando ya tengan un seguro. Puede presentar la solicitud incluso si no presenta una declaración del impuesto federal sobre los ingresos.

**Observe que:** si necesita asistencia monetaria o beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, debe presentar otra solicitud.

### Presente la solicitud más rápido en línea:

Solicite el beneficio más rápido en línea en [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us). Si desea hacer su solicitud por teléfono, llame a nuestro Servicio de Servicio al Consumidor para Cobertura de Salud al 1-866-550-4355.

### Lo que necesita para poder presentar la solicitud:

- Números del Seguro Social (o números de documento de cualquier inmigrante legal) de todas las personas que necesitan el seguro
- Información acerca del empleador y los ingresos de todas las personas en su familia (por ejemplo: de los recibos de sueldo o nómina, formularios W-2 o estados de cuenta tributaria y salarios)
- Números de póliza correspondientes a cualquier seguro de salud actual o anterior (reciente)
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo que esté disponible para su familia

### ¿Por qué pedimos esta información?

Pedimos información sobre ingresos y otros datos para poder decirle el tipo de cobertura para la cual califica y si puede obtener ayuda para pagar por dicha cobertura. **Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que nos proporcione, de conformidad con la ley.**

### Próximos pasos

Envíe su solicitud completa y firmada a la oficina de asistencia del condado de su área. Llame al 1-800-842-2020 si no sabe a dónde enviar el formulario. **Si usted no tiene toda la información que solicitamos, debe firmar y enviar su solicitud de todas formas.**

Nosotros haremos el seguimiento de su caso dentro de los próximos 30 días. Usted recibirá instrucciones acerca de los próximos pasos para completar su cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras, contacte a la oficina de asistencia del condado de su área o llame al 1-877-395-8930.

### Cómo obtener ayuda con esta solicitud:

- **En línea:** [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)
- **En persona:** visite la oficina de asistencia del condado de su área
- **Teléfono:** llame a la Línea de ayuda del DHS al 1-800-842-2020. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-451-5886
- **En español:** Si necesita este información en español, llame al teléfono: 1-800-842-2020.

**Si tiene una discapacidad y necesita este formulario impreso con letras grandes o en otro formato, llame a nuestra línea de ayuda al número 1-800-692-7462. Para servicios de TDD, llame al número 1-800-451-5886.**

**Medical Providers Use Only (Solo para uso de los proveedores de atención a la salud)**

Provider Name	Provider Number	<input type="checkbox"/> Emergency
---------------	-----------------	------------------------------------

**CAO Use Only**

Application Registration Number	Caseload	County	District	Record Number	Date Stamp
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------

## Introducción:

What language do you prefer?  English  Spanish  Other (specify) \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma prefiere usted?  Inglés  Español  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**¡No más papeles!** ¿Desearía recibir sus notificaciones en línea?  
 Vaya a [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) e inscríbese en Mi cuenta COMPASS.

Le recomendamos que responda la mayor cantidad de preguntas que pueda, a menos que las instrucciones le indiquen que puede optar por no responder. Mientras más completa sea la información que tengamos, más rápido podremos procesar su solicitud.

**▶ IMPORTANTE:** todas las personas que se incluyan en esta solicitud deben proporcionar o solicitar un número de Seguro Social (SSN) y responder preguntas relativas a su ciudadanía. Las personas que no solicitan cobertura de salud no están obligadas a proporcionar su SSN, pero si lo hacen, la solicitud se procesará más rápido. Usamos los números de SSN para verificar ingresos y otras informaciones para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

**Proporcione información sobre usted.** Necesitaremos poder contactar a un Adulto/Padre/Madre/Cuidador.

### Persona 1

### Escriba toda la información en letra de imprenta

Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufixo-Jr./Sr./etc.):		¿Está solicitando los beneficios para usted mismo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Dirección particular (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4):		Número de teléfono: ( )	Tipo de teléfono (✓): <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Dirección postal (si fuera diferente a la dirección particular):		Segundo número de teléfono: ( )	Tipo de teléfono (✓): <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> Celular
<input type="checkbox"/> (✓) Marque aquí si no tiene una dirección particular. Incluso si no tiene una, debe proporcionar una dirección postal.			
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?	¿Cuántos bebés se esperan?	

### Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para usted mismo.

Sí  No ▶ Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿desea que lo evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?

Sí  No ▶ Si es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar tomaremos en cuenta únicamente sus ingresos. Si desea que lo evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Desea que lo evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?

Sí  No ▶ Sin importar su edad, ¿teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?

¿Es usted ciudadano o nacional de los EE. UU.?  Sí  No

**Si usted no es ciudadano o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:**

¿Tiene condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ingrese su tipo de documento y número de identificación.	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
¿Vive en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene usted alguna discapacidad o necesidad de atención de salud especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿en qué consiste la incapacidad? (opcional)	¿Necesita ayuda para pagar alguna factura por atención médica de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Vive en una institución médica o de cuidado a largo plazo o tiene una enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (por ejemplo: bañarse, vestirse, hacer actividades de la vida diaria, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

#### Preguntas para personas menores de 26 años:

¿Es usted un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

¿Usted estaba en cuidado de crianza/tutelar cuando tenía 18 años de edad o más?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿su cuidado de crianza/tutelar terminó a causa de su edad?  Sí  No

¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿En qué estado? \_\_\_\_\_

**RAZA (opcional)**  Negro o afroamericano  Asiático  Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico  
 (Marque todo lo que corresponda)  Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Ver el Anexo A)  Blanco  Otra \_\_\_\_\_

**GRUPO ÉTNICO (opcional)**  Hispano o latino  No hispano/latino

## Proporcione información sobre su familia.

Brinde información sobre todos los miembros de su familia que viven con usted. Si usted presenta declaraciones de impuestos, necesitamos información sobre todas las personas que están incluidas en su declaración impositiva.

**NOTA:** no es necesario que usted presente declaraciones de impuestos para obtener cobertura de salud.

### Éstas son las personas que debe incluir en su solicitud:

- Su cónyuge o pareja con quien no esté casado
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Cualquier persona que usted incluye en su declaración impositiva, aunque no vivan con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años de edad que viva con usted y que esté a su cargo

Si tiene más de seis personas para incluir, deberá hacer una copia de estas páginas y adjuntarlas.

Persona 2		Escriba toda la información en letra de imprenta				
Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de Seguro Social:		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____						
¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?		¿Cuántos bebés se esperan?		
Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para usted mismo.						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		▶ Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		▶ Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		▶ Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?				
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:						
¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí		Si la respuesta es Sí, ingrese e tipo de documento y número de identificación. ▶		Tipo de documento: _____ Número de documento de identificación: _____		
¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Es esta persona, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene esta persona alguna discapacidad o necesidad de atención de salud especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿en qué consiste la discapacidad? (opcional)		¿Necesita esta persona ayuda para pagar alguna factura por atención médica de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Vive esta persona en una institución médica o de cuidado a largo plazo o tiene una enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (por ejemplo: bañarse, vestirse, hacer actividades de la vida diaria, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Preguntas para personas menores de 26 años:		¿Es esta persona estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estaba esta persona en cuidado de crianza/tutelar cuando tenía 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿el cuidado de crianza/tutelar de esta persona terminó a causa de su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad? _____	¿En qué estado? _____
RAZA (opcional) (Marque todo lo que corresponda)		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Ver el Anexo A)	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____
GRUPO ÉTNICO (opcional)		<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano/latino			

### Persona 3

### Escriba toda la información en letra de imprenta

Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____		¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?	¿Cuántos bebés se esperan?	

#### Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para usted mismo.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?

¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.?  Sí  No

#### Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:

¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ingrese e tipo de documento y número de identificación.	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esta persona, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Tiene esta persona alguna discapacidad o necesidad de atención de salud especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿en qué consiste la discapacidad? (opcional)	¿Necesita esta persona ayuda para pagar alguna factura por atención médica de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

¿Vive esta persona en una institución médica o de cuidado a largo plazo o tiene una enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (por ejemplo: bañarse, vestirse, hacer actividades de la vida diaria, etc.)?  Sí  No

#### Preguntas para personas menores de 26 años:

¿Es esta persona estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estaba esta persona en cuidado de crianza/tutelar cuando tenía 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿el cuidado de crianza/tutelar de esta persona terminó a causa de su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad?	¿En qué estado?
---	--	---	--------------	-----------------

<b>RAZA</b> (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Ver el Anexo A)	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra _____

<b>GRUPO ÉTNICO</b> (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano/latino
--------------------------------	---	--

# Persona 4

# Escriba toda la información en letra de imprenta

Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____		¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?	¿Cuántos bebés se esperan?	

## Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para usted mismo.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:

¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ingrese e tipo de documento y número de identificación.	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esta persona, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene esta persona alguna discapacidad o necesidad de atención de salud especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿en qué consiste la discapacidad? (opcional)	¿Necesita esta persona ayuda para pagar alguna factura por atención médica de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Vive esta persona en una institución médica o de cuidado a largo plazo o tiene una enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (por ejemplo: bañarse, vestirse, hacer actividades de la vida diaria, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<b>Preguntas para personas menores de 26 años:</b>	¿Es esta persona estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estaba esta persona en cuidado de crianza/tutelar cuando tenía 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿el cuidado de crianza/tutelar de esta persona terminó a causa de su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad?	¿En qué estado?
--	---	--	---	--------------	-----------------

<b>RAZA</b> (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Ver el Anexo A)	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra _____
<b>GRUPO ÉTNICO</b> (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano/latino	

# Persona 5

# Escriba toda la información en letra de imprenta

Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____		¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?	¿Cuántos bebés se esperan?	

## Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para usted mismo.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:

¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ingrese e tipo de documento y número de identificación. ▶	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esta persona, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene esta persona alguna discapacidad o necesidad de atención de salud especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿en qué consiste la discapacidad? (opcional)	¿Necesita esta persona ayuda para pagar alguna factura por atención médica de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Vive esta persona en una institución médica o de cuidado a largo plazo o tiene una enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (por ejemplo: bañarse, vestirse, hacer actividades de la vida diaria, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

<b>Preguntas para personas menores de 26 años:</b>	¿Es esta persona estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estaba esta persona en cuidado de crianza/tutelar cuando tenía 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿el cuidado de crianza/tutelar de esta persona terminó a causa de su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad?	¿En qué estado?
--	---	--	---	--------------	-----------------

<b>RAZA (opcional)</b> (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Ver el Anexo A)	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra _____
<b>GRUPO ÉTNICO (opcional)</b>	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano/latino	

## Persona 6

## Escriba toda la información en letra de imprenta

Nombre completo (incluya el nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido, sufijo-Jr./Sr./etc.):		¿Usted está solicitando beneficios para esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
¿Qué relación o parentesco tiene con usted esta persona? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Sin relación o parentesco <input type="checkbox"/> Otra _____		¿Esta persona vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha de parto?	¿Cuántos bebés se esperan?	

### Conteste a las preguntas a continuación si está solicitando para usted mismo.

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si no reúne los requisitos para recibir la cobertura de atención médica completa, ¿esta persona desea que la evalúen solamente para la cobertura del Programa de Servicios de Planificación Familiar?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Si esta persona es menor de 21 años, para nuestra determinación para el programa de Servicios de Planificación Familiar únicamente tomaremos en cuenta sus ingresos. Si esta persona desea que la evalúen para la cobertura de atención médica completa, tendremos que evaluar los ingresos de su grupo familiar, incluidos sus padres. ¿Esta persona desea que la evalúen solamente para el Programa de Servicios de Planificación Familiar y NO para la cobertura de atención médica completa?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Sin importar su edad, ¿esta persona teme que la información que pueda recibir en el lugar donde vive sobre los servicios de planificación familiar pueda ocasionar que su cónyuge, padres u otra persona le causen algún daño físico, emocional o de otro tipo?
¿Esta persona es ciudadana o nacional de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### Si esta persona no es ciudadana o nacional de los EE. UU., responda las siguientes preguntas:

¿Tiene esta persona condición o estatus de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ingrese e tipo de documento y número de identificación.	Tipo de documento:	Número de documento de identificación:
¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es esta persona, su cónyuge o padre/madre un veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene esta persona alguna discapacidad o necesidad de atención de salud especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿en qué consiste la discapacidad? (opcional)	¿Necesita esta persona ayuda para pagar alguna factura por atención médica de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Vive esta persona en una institución médica o de cuidado a largo plazo o tiene una enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (por ejemplo: bañarse, vestirse, hacer actividades de la vida diaria, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### Preguntas para personas menores de 26 años:

¿Es esta persona estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Estaba esta persona en cuidado de crianza/tutelar cuando tenía 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿el cuidado de crianza/tutelar de esta persona terminó a causa de su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad?	¿En qué estado?
---	--	---	--------------	-----------------

<b>RAZA</b> (opcional) (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Ver el Anexo A)	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otra _____

<b>GRUPO ÉTNICO</b> (opcional)	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano/latino
--------------------------------	---	--

## Información sobre impuestos

Complete esta información para su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted o cualquier otra persona que usted incluya en su misma declaración del impuesto federal sobre los ingresos, si es que presenta una declaración.

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud piensan presentar una declaración del impuesto federal sobre los ingresos **EL AÑO QUE VIENE?**  Sí  No

Si la respuesta es **Sí**, liste el declarante de impuestos y su cónyuge, si **presentan una declaración conjunta**.

NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	PARA DECLARACIONES CONJUNTAS: NOMBRE DEL CÓNYUGE

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud declarará dependientes o personas a cargo en su declaración impositiva?  Sí  No

Si la respuesta es **Sí**, liste el declarante de impuestos y los dependientes.

Un dependiente puede ser declarada solamente por un declarante de impuestos. Para declarantes conjuntos, solamente necesita listar los dependientes para la persona que firmará el formulario impositivo.

NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	DEPENDIENTE(S)

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud será declarada dependiente en la declaración impositiva de otra persona?  Sí  No

Si la respuesta es **Sí**, liste el dependiente y el declarante de impuestos que declarará a dicho dependiente.

No es necesario que complete la información en esta tabla si el dependiente/persona a cargo fue incluido en la lista de dependientes arriba.

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	RELACIÓN CON EL DECLARANTE DE IMPUESTOS

## Deducciones de impuestos

Si alguien paga por cosas que pueden deducirse en una declaración del impuesto federal sobre los ingresos, el costo de la cobertura de servicios de salud podría ser un poco más bajo si nos informa al respecto.

**Nota:** Si trabaja por cuenta propia o es independiente, no incluya ninguno de los costos que incluirá como gastos en el Anexo C del formulario impositivo (por ejemplo: gastos del vehículo, depreciación, prestaciones y salarios de empleados, etc.).

¿Alguien tiene gastos de: (✓)(Marque la columna Sí)?	Sí	¿A quién pertenece este gasto?	¿Con qué frecuencia se paga este gasto? (una vez, mensualmente, trimestralmente, dos veces al año, anualmente)	¿Cuánto es el gasto?
Deducción por intereses de préstamos para estudiantes				
Deducción por seguro médico de personas que trabajan por cuenta propia				
Parte deducible del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia				
Deducción por cuenta de ahorros para la salud				
Otros (especificar)				

# Ingresos

Por favor, díganos sobre los ingresos de cualquier niño o adulto que haya incluido en esta solicitud.

**Indique todos los ingresos, tales como:**

- Empleo (salarios, propinas, comisiones, bonos)
- Empleo por cuenta propia (incluyendo cuidado infantil, y el alojamiento y comida pagados a usted)
- Compensación por desempleo
- Beneficios del Seguro Social
- Pensión/jubilación
- Pensión alimenticia
- Dividendos/intereses
- Agricultura/pesca
- Alquiler/regalías

¿De quién es este ingreso?	Tipo/fuente de ingreso	¿Con qué frecuencia recibe este ingreso? (semanal, quincenal, mensual, anual)	Promedio de horas trabajadas cada semana:	¿Cuál es la cantidad bruta? (Cantidad de ingresos antes de impuestos y deducciones)

Durante el último año, ¿alguien: (seleccione todas las opciones que correspondan)

¿Cambió de empleo? ¿Quién? \_\_\_\_\_  ¿Comenzó a trabajar menos horas? ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Dejó de trabajar? ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿El ingreso de alguien cambia de mes a mes?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique a las personas con ingresos cambiantes, y su ingreso total previsto para este año y el próximo.

NOMBRE	INGRESOS TOTALES PREVISTOS PARA ESTE AÑO	INGRESOS TOTALES PREVISTOS PARA EL PRÓXIMO AÑO (Si va a ser diferente)

# Seguro de salud

Complete esta sección si alguna de las personas para las que se presenta la solicitud tiene cobertura de seguro de salud en este momento o la tuvo recientemente.

¿Alguna de las personas solicitantes tiene cobertura de seguro de salud?  Sí  No

¿Alguna de las personas solicitantes ha tenido cobertura de seguro de salud en los últimos 90 días?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete la siguiente sección y proporcione la mayor cantidad de información que pueda sobre el seguro. Si la respuesta es No, sátese esta sección. Si usted tiene (o ha tenido en los últimos 90 días) más de un tipo de cobertura de seguro de salud, complete una casilla por cada póliza. Si tiene más de tres pólizas, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas.

**Tipo de cobertura de salud**  Seguro del empleador  Medicare  TRICARE\*  
 Peace Corps  Plan individual  Otra \_\_\_\_\_

### LISTA DE QUIEN ESTÁ (O ESTABA) CUBIERTO:

Nombre del titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguro:	Nombre:	Apellido:
Número de póliza:	Nombre:	Apellido:
Número/nombre del grupo:	Nombre:	Apellido:

¿Qué cubre (o cubriría)?  Atención hospitalaria  Medicamentos recetados  Oftalmología  Visitas al médico  Dentista  
 ¿Este plan es (o era) un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?  Sí  No

¿Cuándo comenzó la cobertura de este seguro?  **¿Cuándo terminó (o terminará) la cobertura de este seguro?** (Dejar en blanco si aún está cubierto.)

¿Este seguro de salud terminó (o terminará) debido a que el titular de la póliza perdió su trabajo (reducción de personal, despido, renuncia) o cambió de trabajo? Si la respuesta es Sí, ¿quién dejó de tener cobertura?  
 Sí  No

¿Algún menor dejó (o dejará) de tener seguro de salud porque el empleador dejó de ofrecer cobertura?  Sí  No

\*No marque si tiene direct care o Line of Duty.

**Tipo de cobertura de salud**  Seguro del empleador  Medicare  TRICARE\*  
 Peace Corps  Plan individual  Otra \_\_\_\_\_

### LISTA DE QUIEN ESTÁ (O ESTABA) CUBIERTO:

Nombre del titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguro:	Nombre:	Apellido:
Número de póliza:	Nombre:	Apellido:
Número/nombre del grupo:	Nombre:	Apellido:

¿Qué cubre (o cubriría)?  Atención hospitalaria  Medicamentos recetados  Oftalmología  Visitas al médico  Dentista  
 Is (or was) this a limited-benefit plan (like a school accident policy)?  Sí  No

¿Cuándo comenzó la cobertura de este seguro?  **¿Cuándo terminó (o terminará) la cobertura de este seguro?** (Dejar en blanco si aún está cubierto.)

¿Este seguro de salud terminó (o terminará) debido a que el titular de la póliza perdió su trabajo (reducción de personal, despido, renuncia) o cambió de trabajo? Si la respuesta es Sí, ¿quién dejó de tener cobertura?  
 Sí  No

¿Algún menor dejó (o dejará) de tener seguro de salud porque el empleador dejó de ofrecer cobertura?  Sí  No

\*No marque si tiene direct care o Line of Duty.

(La sección Seguro de salud continúa en la próxima página.)

# Seguro de salud (continuación)

Tipo de cobertura de salud

- Seguro del empleador   
  Medicare   
  TRICARE\*  
 Peace Corps   
  Plan individual   
  Otra \_\_\_\_\_

## LISTA DE QUIEN ESTÁ (O ESTABA) CUBIERTO:

Nombre del titular de la póliza:	Nombre:	Apellido:
Nombre de la compañía de seguro:	Nombre:	Apellido:
Número de póliza:	Nombre:	Apellido:
Número/nombre del grupo:	Nombre:	Apellido:

¿Qué cubre (o cubría)?

- Atención hospitalaria   
  Medicamentos recetados  
 Oftalmología   
  Visitas al médico   
  Dentista

Is (or was) this a limited-benefit plan (like a school accident policy)?

- Sí  No

¿Cuándo comenzó la cobertura de este seguro?

¿Cuándo terminó (o terminará) la cobertura de este seguro? (Dejar en blanco si aún está cubierto.)

¿Este seguro de salud terminó (o terminará) debido a que el titular de la póliza perdió su trabajo (reducción de personal, despido, renuncia) o cambió de trabajo? **Si la respuesta es Sí, ¿quién dejó de tener cobertura?**

- Sí  No

¿Algún menor dejó (o dejará) de tener seguro de salud porque el empleador dejó de ofrecer cobertura?  Sí  No

\*No marque si tiene direct care o Line of Duty.

## Seguro de salud de parte de su empleador

Complete esta sección si alguna de las personas solicitantes tiene seguro de salud de un trabajo, o si el empleo ofrece el seguro. Esto incluye la cobertura que proviene del trabajo de otra persona, como alguno de los padres o cónyuge.

¿Se le ofrece cobertura de salud a través de un trabajo a alguna de las personas para las que usted está presentando la solicitud?  Sí  No  
 Marque Sí incluso cuando la cobertura provenga del trabajo de otra persona, como alguno de los padres o cónyuge.

**Si la respuesta es Sí, complete esta sección y la mayor cantidad de información que pueda del Anexo B: Cobertura de salud por parte del empleo(s).**

¿Es un plan de beneficios de empleado estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es cobertura de COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es un plan de salud de jubilados? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Si su trabajo le ofrece cobertura de salud, ¿usted debe (o debería) pagar por su cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted tiene (o tendría) que pagar por la cobertura de su(s) hijo(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es el costo de la cobertura familiar a través del plan de salud grupal de su empleador? ▶	¿Cuál es el costo de cubrir a su(s) hijo(s) a través del plan de salud de su empleador? ▶	

## Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy?  Sí  No  
**SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

**Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadano de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.**

**Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse para votar no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.**

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA).

**EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA**

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

## Sus derechos y responsabilidades

### Asistencia Médica

- Entiendo que se solicitará y utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés) y que esa información puede ser corroborada a través de contactos colaterales cuando la agencia estatal encuentre discrepancias y además, entiendo que dicha información puede afectar la elegibilidad de los integrantes de mi hogar y el nivel de los beneficios correspondientes. Se utilizará información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que proporcioné.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se explican los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (por sus siglas en inglés, EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es elegible y sólo puedo recibir los beneficios que son necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando los beneficios de Asistencia Médica. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal que tenga una cláusula en la cual se estipule que se

excluye el tratamiento por una condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.

- Entiendo que si se determina que reúno los requisitos para recibir Asistencia Médica, seré inscrito en el paquete de beneficios de atención de salud más completo que esté disponible para mí.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean elegibles para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Bienestar Público a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa CHIP.
- Entiendo que si todas, o algunas de las personas solicitantes, no son elegibles para recibir cobertura de atención de salud a través del departamento, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales, y/o explorar opciones de cobertura privada de atención de salud a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.

### CHIP

#### Usted tiene derecho a:

- Confidencialidad - Toda la información en esta solicitud será confidencial. Esta solicitud será compartida solamente con los programas gubernamentales que usted solicite, y/o para los que sea elegible, tales como Asistencia Médica, y la asistencia para primas del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace).
- Designación de representante personal - Mediante el formulario de Designación de Representante Personal, puede elegir a otra persona para que reciba la información de salud concerniente a usted o a sus hijos menores.
- Certificado de cobertura meritosa - Cuando usted abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura meritosa para verificar la cobertura médica si usted es elegible.
- Notificación escrita - Recibirá una notificación por escrito con explicaciones sobre su elegibilidad.
- Apelación - Podrá solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con alguna de las decisiones concernientes a esta solicitud, siempre y cuando el pedido se haga dentro de un plazo de 30 días a partir de la decisión.

#### Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer y comprender por completo esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, teniendo en cuenta que proporcionar información falsa de manera intencional implica ciertas penalidades: es un delito grave y se considera fraude penal al seguro.

## Sus derechos y responsabilidades (continuación)

- Colaborar con la revisión de esta solicitud, que puede incluir entrevistas y la revisión de expedientes de salud.
- Comprender que cierta información puede estar sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Proporcionar prueba de identidad y de ciudadanía estadounidense si esa información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar comprobante de condición o estatus migratorio legal mediante la presentación de documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos si usted está presentando una solicitud para alguien que no sea ciudadano estadounidense.
- Comunicar todos los cambios correspondientes a su grupo familiar, entre ellos de ingresos, dirección y número de teléfono en cuanto se produzcan.

### Entiendo que:

- Si todas o algunas de las personas solicitantes no son elegibles para CHIP, podrían ser elegibles para recibir Asistencia Médica. En ese caso, autorizo al Departamento de Seguros a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa de Asistencia Médica.
- Si algunas o todas las personas solicitantes no califican para participar en el programa CHIP, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de Seguros de Salud. En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.
- Si se determina que mi hijo/a es elegible —o está inscrito/a— para recibir beneficios de asistencia de salud para empleados estatales provistos por una agencia pública y la agencia pagara incluso una pequeña parte del costo del beneficio o de la prima, entonces mi hijo/a no es elegible para participar en el programa CHIP. Si así fuera y mi hijo/a hubiera recibido beneficios del programa CHIP, es posible que dichos beneficios sean dados de baja de manera retroactiva.

### Mercado de Seguros de Salud:

- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio. Sé que puedo estar sujeto a las penalidades estipuladas por las leyes federales si proporciono información falsa y/o incorrecta de manera intencional.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros de Salud si algo de lo que escribí en esta solicitud cambia o es diferente de la información brindada. Puedo visitar [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) o llamar al 1-800-318-2596 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de otro(s) miembro(s) de mi grupo familiar.

- Sé que bajo la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación, visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Confirmando que ninguno de los solicitantes de seguro médico en esta solicitud se encuentra encarcelado (detenido o en la cárcel).

Si no es así, \_\_\_\_\_ está encarcelado. (Nombre y apellido de la persona)

- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros de Salud use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros de Salud me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

### Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/los próximo(s):

(marque una opción)

- 5 años (el número máximo de años permitidos)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

- Certifico que, a mi leal saber y entender, comprendo mis derechos y responsabilidades y que la información ingresada en esta solicitud es completa y verdadera, bajo pena de falso testimonio. También certifico que el proporcionar información falsa o incompleta de manera intencional en esta solicitud constituye fraude al seguro.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que a todas las personas solicitantes se les brindará acceso a la cobertura según el programa para el cual sean elegibles, si se determina que son elegibles para participar en el programa de Asistencia Médica, Opción de Cobertura Privada de *Healthy PA*, CHIP o beneficios federales a través de la asistencia para el pago de primas del Mercado de seguros médicos.
- Le permitiré al Departamento de Bienestar Público proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP, si alguno de los solicitantes fuera elegible para recibir los beneficios de CHIP.
- Le permitiré al Departamento de Seguros proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público, si alguno de los solicitantes fuera elegible para recibir los beneficios de Asistencia Médica.
- Les permitiré al Departamento de Bienestar Público de Pennsylvania y al Departamento de Seguros de Pennsylvania proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Mercado de seguros médicos, si alguno de los solicitantes fuera elegible para recibir beneficios federales y/o deseara consultar opciones de asistencia de salud privada.
- Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para la revisión de los programas CHIP, de Asistencia Médica Opción de Cobertura Privada de *Healthy PA*, y la asistencia para primas del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace).
- Certifico que la persona o las personas por las que estoy presentado la solicitud son ciudadanos de los EE. UU. o extranjeros con estatus inmigratorio legal.

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o de la persona que presenta la solicitud en nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Usted puede firmar aquí si es un representante autorizado, siempre que se proporcione la información requerida en la sección de Representante autorizado.

## Representante autorizado

Usted puede autorizar a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información y para que actúe en su nombre en los asuntos relativos a esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmar su solicitud en su nombre. A esta persona se la denomina “representante autorizado”. Cuando necesite cambiar su representante autorizado deberá contactar a la oficina de asistencia del condado de su área.

Si usted es un representante legalmente designado del solicitante, puede presentar los comprobantes correspondientes en lugar de la firma del solicitante a continuación. En dicho caso, presente los comprobantes junto con la solicitud.

¿Desea nombrar a alguien como su representante autorizado?  Sí  No

Nombre del representante autorizado:

Número de teléfono:

(      )

Tipo de teléfono (✓):

Teléfono particular

Teléfono del trabajo  Celular

Dirección (incluya calle, núm. de apartamento, ciudad, estado y código postal+4):

Papel del representante autorizado:

Cuidador

Tutor legal

Contacto principal

Albacea/Ejecutor del testamento en vida

Miembro del equipo de apoyo

Representante

Apoderado

Con su firma a continuación, usted autoriza a esta persona para que pueda firmar su solicitud, obtener información oficial acerca de esta solicitud y actuar en su nombre por cualquier tema que pueda surgir en el futuro con esta agencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR ESTA SOLICITUD Y DE INCLUIR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.**



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

Complete este anexo si usted o algún miembro de la familia son indígenas norteamericanos o nativos de Alaska. Presente este formulario junto con su Solicitud de cobertura de salud.

### Proporcione información sobre el o los miembros de su familia que son indígenas norteamericanos o nativos de Alaska.

Los indígenas norteamericanos y nativos de Alaska pueden obtener servicios del Servicio de Salud Indígena, de los programas de salud tribal o programas de salud indígena urbanos. También es posible que no tengan que pagar costos compartidos y que tengan períodos de inscripción mensual especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor cantidad de ayuda posible.

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

AI/AN PERSONA 1		Escriba toda la información en letra de imprenta	
Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido):		¿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: _____ Estado: _____	
¿Esta persona recibió alguna vez algún servicio del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o a través de un referido de alguno de dichos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o a través de un referido de alguno de dichos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Es posible que ciertos ingresos o dinero recibido no se tengan en cuenta para Asistencia Médica o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero proveniente de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pagos per cápita de una tribu que provengan 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 fideicomisos de tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y exreservas indígenas).</li><li>• Dinero proveniente de la venta de cosas que tienen trasfondo cultural.</li></ul>		\$ _____ Frecuencia _____	

AI/AN PERSONA 2		Escriba toda la información en letra de imprenta	
Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido):		¿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: _____ Estado: _____	
¿Esta persona recibió alguna vez algún servicio del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o a través de un referido de alguno de dichos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de algún programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano, o a través de un referido de alguno de dichos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Es posible que ciertos ingresos o dinero recibido no se tengan en cuenta para Asistencia Médica o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero proveniente de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pagos per cápita de una tribu que provengan 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 fideicomisos de tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y exreservas indígenas).</li><li>• Dinero proveniente de la venta de cosas que tienen trasfondo cultural.</li></ul>		\$ _____ Frecuencia _____	



# Cobertura de salud de empleo(s)

**Proporcione información sobre el trabajo que ofrece la cobertura.** NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguno de los miembros del grupo familiar sea elegible para recibir cobertura de salud de un trabajo.

Escriba su nombre completo y número de Seguro Social en la sección de Información del empleado. Es posible que tenga que pedirle a su empleador que le ayude a completar la sección de Información del empleador. Si no consigue la información de parte de su empleador a tiempo, o considera que completar esta sección demorará el inicio de su proceso de solicitud, puede presentar su solicitud sin el Anexo B.

Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO		
Nombre completo del empleado (nombre, segundo nombre, apellido):		Número de Seguro Social:
INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR		
Nombre del empleador:		Número de Identificación Patronal (EIN)
Dirección del empleador (incluya calle, número, ciudad, estado y código postal+4):		Número de teléfono del empleador: (        )
¿A quién podemos contactar para obtener información sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo? 	Número de teléfono (si difiere del anterior): (        )	Dirección de correo electrónico:
<b>¿El empleado es actualmente elegible para recibir la cobertura que ofrece este empleador? ¿O será elegible dentro de los próximos tres meses?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> (continuar) Si el empleado no es elegible hoy, por ej. como resultado del período de prueba o espera, ¿cuándo será elegible para recibir cobertura? _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b> (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)		
Proporcione información sobre el <b>plan de salud</b> ofrecido por este <b>empleador</b> . ¿El plan de salud que ofrece el empleador cubre al cónyuge o dependiente(s)/persona(s) a cargo del empleado? <input type="checkbox"/> Sí. ¿A quiénes?: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente(s) <input type="checkbox"/> No (vaya a la siguiente pregunta)		
¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo?* <input type="checkbox"/> Sí (vaya a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)		
Para el plan de costo más bajo que cumpla el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): si el empleador tiene programas para promover el bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas para promover el bienestar. ¿Cuánto deberá pagar el empleado en concepto de primas por este plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual		
Si su plan está por terminar pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la siguiente pregunta. Si desconoce esto, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.		
¿Qué cambio(s) hará el empleador para el nuevo año del plan? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de salud <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de costo más bajo disponible solamente para aquellos empleados que cumplan el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento de los programas para promover el bienestar. Ver la pregunta anterior). ¿Cuánto deberá pagar el empleado en concepto de primas por este plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual Fecha del cambio: (mm/dd/aaaa) _____		

\*Un plan patrocinado por un empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la proporción que corresponde al plan del total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(C)(2)(C)(ii) del Código Impositivo de 1986).



## Sus derechos y responsabilidades

### Asistencia Médica

- Entiendo que se solicitará y utilizará la información disponible a través del Sistema de Verificación de Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés) y que esa información puede ser corroborada a través de contactos colaterales cuando la agencia estatal encuentre discrepancias y además, entiendo que dicha información puede afectar la elegibilidad de los integrantes de mi hogar y el nivel de los beneficios correspondientes. Se utilizará información de otras agencias estatales y federales para verificar la información que proporcioné.
- Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.
- Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.
- Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será confidencial y utilizada únicamente para administrar los beneficios. Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a informar, deberé hacerlo dentro de los 10 primeros días del mes posterior al mes en que se produzca el cambio.
- Entiendo que recibiré una notificación por escrito donde se explican los beneficios. Si se deniegan, cambian, suspenden o interrumpen los beneficios, la notificación por escrito explicará los motivos.
- Entiendo que tendré 30 días desde la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.
- Entiendo que mi situación está sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que debo utilizar la tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (por sus siglas en inglés, EBT) o la tarjeta PA ACCESS, únicamente durante el período en que soy elegible. Debo usar la tarjeta EBT o PA ACCESS únicamente para la persona que es elegible y sólo puedo recibir los beneficios que son necesarios y razonables.
- Entiendo que no tengo que proporcionar el número de Seguro Social de ninguna persona que no esté solicitando los beneficios de Asistencia Médica. Si proporciono su número de Seguro Social, podrá ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser denegada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan de salud grupal

que tenga una cláusula en la cual se estipule que se excluye el tratamiento por una condición preexistente, puedo obtener crédito por el período de tiempo en el que recibí Asistencia Médica.

- Entiendo que si se determina que reúno los requisitos para recibir Asistencia Médica, seré inscrito en el paquete de beneficios de atención de salud más completo que esté disponible para mí.
- Entiendo que si algunas o todas las personas solicitantes no reúnen los requisitos para recibir Asistencia Médica, es posible que sean elegibles para el programa CHIP. En ese caso, autorizo al Departamento de Bienestar Público a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Departamento de Seguros o al proveedor del programa CHIP. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa CHIP.
- Entiendo que si todas, o algunas de las personas solicitantes, no son elegibles para recibir cobertura de atención de salud a través del departamento, podrían ser elegibles para recibir beneficios federales, y/o explorar opciones de cobertura privada de atención de salud a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace). En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar mi nombre y la información contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.

### CHIP

#### Usted tiene derecho a:

- Confidencialidad - Toda la información en esta solicitud será confidencial. Esta solicitud será compartida solamente con los programas gubernamentales que usted solicite, y/o para los que sea elegible, tales como Asistencia Médica, y la asistencia para primas del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace).
- Designación de representante personal - Mediante el formulario de Designación de Representante Personal, puede elegir a otra persona para que reciba la información de salud concerniente a usted o a sus hijos menores.
- Certificado de cobertura meritoria - Cuando usted abandone el programa, recibirá un certificado de cobertura meritoria para verificar la cobertura médica si usted es elegible.
- Notificación escrita - Recibirá una notificación por escrito con explicaciones sobre su elegibilidad.
- Apelación - Podrá solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con alguna de las decisiones concernientes a esta solicitud, siempre y cuando el pedido se haga dentro de un plazo de 30 días a partir de la decisión.

#### Usted tiene la responsabilidad de:

- Leer y comprender por completo esta solicitud.
- Proporcionar información verdadera, correcta y completa, teniendo en cuenta que proporcionar información falsa de manera intencional implica ciertas penalidades: es un delito grave y se considera fraude penal al seguro.

## Sus derechos y responsabilidades (continuación)

- Colaborar con la revisión de esta solicitud, que puede incluir entrevistas y la revisión de expedientes de salud.
- Comprender que cierta información puede estar sujeta a verificación por parte de empleadores, fuentes financieras y terceros.
- Proporcionar prueba de identidad y de ciudadanía estadounidense si esa información no se obtiene a través de este proceso de solicitud.
- Proporcionar comprobante de condición o estatus migratorio legal mediante la presentación de documentación del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos si usted está presentando una solicitud para alguien que no sea ciudadano estadounidense.
- Comunicar todos los cambios correspondientes a su grupo familiar, entre ellos de ingresos, dirección y número de teléfono en cuanto se produzcan.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros de Salud si algo de lo que escribí en esta solicitud cambia o es diferente de la información brindada. Puedo visitar [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) o llamar al 1-800-318-2596 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de otro(s) miembro(s) de mi grupo familiar.
- Sé que bajo la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación, visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Confirmando que ninguno de los solicitantes de seguro médico en esta solicitud se encuentra encarcelado (detenido o en la cárcel).  
  
Si no es así, \_\_\_\_\_ está encarcelado. (Nombre y apellido de la persona)

### Entiendo que:

- Si todas o algunas de las personas solicitantes no son elegibles para CHIP, podrían ser elegibles para recibir Asistencia Médica. En ese caso, autorizo al Departamento de Seguros a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Departamento de Bienestar Público. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el programa de Asistencia Médica.
- Si algunas o todas las personas solicitantes no califican para participar en el programa CHIP, es posible que sean elegibles para recibir beneficios federales o para consultar las opciones de asistencia de salud privada a través del Mercado de Seguros de Salud. En ese caso, autorizo al Departamento a proporcionar toda la información —o parte de ella— contenida en esta solicitud al Mercado de Seguros de Salud. Entiendo cuáles son mis derechos y responsabilidades según el Mercado de Seguros de Salud.
- Si se determina que mi hijo/a es elegible —o está inscrito/a— para recibir beneficios de asistencia de salud para empleados estatales provistos por una agencia pública y la agencia pagara incluso una pequeña parte del costo del beneficio o de la prima, entonces mi hijo/a no es elegible para participar en el programa CHIP. Si así fuera y mi hijo/a hubiera recibido beneficios del programa CHIP, es posible que dichos beneficios sean dados de baja de manera retroactiva.

### Mercado de Seguros de Salud:

- Certifico que toda la información ingresada es verídica bajo pena de falso testimonio. Sé que puedo estar sujeto a las penalidades estipuladas por las leyes federales si proporciono información falsa y/o incorrecta de manera intencional.

- **Renovación de la cobertura en años futuros:** Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para la cobertura médica en el futuro, acepto permitir que el Mercado de Seguros de Salud use los datos de mis ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado de Seguros de Salud me enviará una notificación, me permitirá hacer los cambios necesarios y yo podré dejar de participar en cualquier momento.

### Sí, acepto que se renueve mi elegibilidad automáticamente en el/los próximo(s): (marque una opción)

- 5 años (el número máximo de años permitidos)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año
- No deseo que se utilice mi información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

