

## Solicitud de Seguro Médico y Asistencia Financiera

<p><b>Use este formulario para solicitar:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes asequibles de seguros médicos privados que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse sano</li> <li>• Un crédito fiscal para ayudarlo a pagar las primas de seguros médicos</li> <li>• Cobertura gratuita o de bajo costo por parte de Medicaid (asistencia médica), el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), o Crédito Fiscal Anticipado para la Prima (APTC) para cualquier miembro de su familia</li> </ul>		
<p><b>Para cada persona que desee asegurar, necesitará:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres</li> <li>• Direcciones</li> <li>• Números de Seguridad Social</li> <li>• Fechas de nacimiento</li> <li>• Número de documento para inmigrantes legales</li> </ul>		
<p><b>Contáctenos para recibir ayuda:</b></p>	<p><b>En línea:</b> <a href="http://YourHealthIdaho.org">YourHealthIdaho.org</a>  <b>Teléfono:</b> 1-855-944-3246  <b>Información adicional:</b> <a href="http://yourhealthidaho.org/contact-us/">yourhealthidaho.org/contact-us/</a></p>		
<p><b>¿Por qué pedimos esta información?:</b></p>	<p>Mantenemos toda la información de manera privada y segura, tal como lo exige la ley. Pedimos esta información por unas cuantas razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para averiguar para qué tipos de asistencia califica</li> <li>• Para determinar para cuanta asistencia califica</li> <li>• Para Asegurarnos que usted reciba el monto adecuado de asistencia basándonos en su situación</li> </ul> <p><b>Igualdad de oportunidades para los solicitantes</b>  De acuerdo con la ley federal y las pólizas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) tiene prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. El IDHW no excluye personas, ni las trata diferente por causa de su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, contacte al IDHW o al HHS en:</p> <table border="0" data-bbox="495 1396 1469 1619"> <tr> <td data-bbox="495 1396 982 1585">                 Departamento de Salud y Bienestar de Idaho                  Gerente de Derechos Civiles                  Apartado Postal 83720                  Boise, Documento de Identidad 83720-0036                  Teléfono: 208-334-5617                  TTM: 208-332-7205             </td> <td data-bbox="1088 1396 1469 1619">                 Oficina de Derechos Civiles                  Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos                  200 Independence Ave, SW                  Room 509F, HHH Building                  Washington, D.C. 20201                  Tel: (800) 368-1019             </td> </tr> </table>	Departamento de Salud y Bienestar de Idaho Gerente de Derechos Civiles Apartado Postal 83720 Boise, Documento de Identidad 83720-0036 Teléfono: 208-334-5617 TTM: 208-332-7205	Oficina de Derechos Civiles Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 Tel: (800) 368-1019
Departamento de Salud y Bienestar de Idaho Gerente de Derechos Civiles Apartado Postal 83720 Boise, Documento de Identidad 83720-0036 Teléfono: 208-334-5617 TTM: 208-332-7205	Oficina de Derechos Civiles Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Ave, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 Tel: (800) 368-1019		
<p><b>¿Cómo presentar esta solicitud?</b></p>	<p>Mande su solicitud completa y firmada a:</p> <p><b>Your Health Idaho Application Team</b>                  Apartado Postal 50143                  Boise, Documento de Identidad 83705-0963                  o  <b>por Fax:</b> al855-944-3351</p>		
<p><b>Si no está de acuerdo con Una decisión relacionada</b></p>	<p>Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con su crédito fiscal o elegibilidad para el registro, usted tiene el derecho de presentar una apelación con Your Health Idaho.</p>		

**con esta solicitud:**

Vaya a [yourhealthidaho.org/filing-an-appeal/](http://yourhealthidaho.org/filing-an-appeal/) para descargar el formulario de Solicitud de Apelación:

- Mande por correo electrónico el formulario completo a [appeals@yourhealthidaho.org](mailto:appeals@yourhealthidaho.org) con el asunto "Solicitud de Apelación"
- Si usted está presentando una apelación médica urgente, también escriba en el asunto "Médicamente Urgente".

O

Envíe por correo el formulario completo a:  
Your Health Idaho  
Apartado Postal 50143  
Boise, Documento de Identidad 83705

También puede llamar a Your Health Idaho para pedir ayuda al 855-944-3246. La fecha de su correo electrónico, matasellos o llamada será considerada como la fecha en la que presentó su apelación.

Una vez que haya presentado su apelación, le tomará a Your Health Idaho hasta 30 días para llevar a cabo el proceso de apelación y emitir una decisión. Usted será notificado/a por correo electrónico cuando el proceso sea completado, y se haya tomado una decisión. Si no está de acuerdo con la decisión inicial de su apelación, usted puede solicitar una audiencia formal para presentar su caso ante el Comité de Audiencia de Apelaciones

## Antes de empezar

### Privacidad de su información

La privacidad de su información es la principal prioridad de Your Health Idaho. Mantendremos la privacidad de su información según lo exija la ley. Las respuestas que proporcione en este formulario solo se utilizarán para determinar su elegibilidad para la cobertura y asistencia médica. Verificamos sus respuestas utilizando fuentes electrónicas disponibles y las bases de datos de agencias estatales y federales. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que proporcione documentación adicional. No le haremos ninguna pregunta sobre su historial médico.

#### **Importante:**

Como parte de su proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar información de la Administración del Seguro Social, del Departamento de Seguridad Nacional, de una agencia de informes del consumidor u otros servicios disponibles a través del Centro Federal de Servicios de Datos. Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para inscribirse en la cobertura de Your Health Idaho. También podemos volver a verificar su información más adelante para asegurarnos de que su información esté actualizada y le notificaremos si descubrimos que algo ha cambiado.

Si quiere saber más, diríjase a [yourhealthidaho.org/privacy-policy](http://yourhealthidaho.org/privacy-policy)

- Acepto que mi información se recupere de fuentes disponibles electrónicamente y se utilice en esta solicitud únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad para la cobertura del seguro médico. También doy fe de que cuento con el consentimiento de todas las personas que se incluirán en esta solicitud para que su información sea recuperada de las fuentes electrónicas disponibles mencionadas anteriormente.

### ¿Ya tiene una cuenta con Your Health Idaho?

- Sí
- No
- No lo se

## Cuéntenos sobre usted

Contacto principal				
Nombre completo	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Correo electrónico			<input type="checkbox"/> Enviar alertas importantes a esta dirección de correo electrónico	Fecha de nacimiento (dd/mm/yyyy)
Dirección física	Calle	Ciudad	Estado/ Código Postal	Condado
Dirección postal (si es diferente)	Calle	Ciudad	Estado/ Código Postal	Condado
Número de teléfono celular			¿Este es su número de teléfono principal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Número de teléfono residencial			Extensión telefónica	
Lenguaje preferido	Hablado		Escrito	
Método de comunicación preferido	<input type="checkbox"/> Electrónicamente <input type="checkbox"/> Correo postal			
¿Cómo desea recibir su formulario de impuestos 1095-A?	<input type="checkbox"/> Electrónicamente <input type="checkbox"/> Correo postal			
¿Hay alguien Ayudándole con esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Estoy llenando esta solicitud para mí y/o mi familia <input type="checkbox"/> Un profesional certificado (corredor o ayudante) me está ayudando <input type="checkbox"/> Un amigo o miembro de mi familia me está ayudando			
¿Le gustaría saber si puede obtener ayuda para pagar la cobertura de salud?	<input type="checkbox"/> Sí (necesitará proporcionar información sobre sus ingresos para ver si califica) <input type="checkbox"/> No (usted pagará el costo total de la cobertura de salud de Your Health en Idaho)			

Electrónicamente: Las notificaciones se le entregarán a su Buzón Seguro, y usted recibirá un mensaje de texto o correo electrónico informándole de la llegada de dicha notificación.

Correo postal: Adicionalmente a la notificación a su Buzón Seguro, también le haremos llegar una copia impresa de la notificación a su dirección postal

# Información del representante autorizado

Complete esta sección solo si marcó **estoy siendo ayudado por un amigo o familiar** en la página anterior.

## Representante autorizado

Si un amigo o familiar le está ayudando a completar su solicitud, puede designar a esa persona como su Representante Autorizado.

Un representante autorizado es cualquier adulto que conoce suficientemente las circunstancias de su hogar y está autorizado por el hogar para actuar en su nombre con fines de cobertura de salud. Al designar a un Representante Autorizado, usted está dando permiso para que su Representante Autorizado:

- Firme la solicitud en su nombre
- Actúe en nombre de su hogar en todos los asuntos relacionados con esta solicitud y su cuenta de Your Health Idaho

**Tenga en cuenta:** Un representante autorizado no está certificado por Your Health Idaho. Esto es diferente a designar a un agente o consejero de inscripción que haya completado la capacitación y esté certificado por Your Health Idaho.

¿Quiere nombrar a alguien como su Representante autorizado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dirección de correo electrónico			
Nombre complete	Primer	Segundo	Apellido	Sufijo	
Dirección de residencia	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Número de teléfono celular					
Número de teléfono residencial				Extensión telefónica	
Número telefónico del trabajo				Extensión telefónica	
¿Esta persona forma parte de una organización para ayudarle a solicitar seguros médicos?	<input type="checkbox"/> Si	En caso afirmativo, escriba el nombre de la organización			
	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, escriba la el número de identidad fiscal			
<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, autorizo a esta persona a actuar en mi nombre o el de mi hogar en todos los asuntos relacionados con esta solicitud y mi cuenta de Your Health Idaho.					
Escriba su nombre complete legible aquí		Firma		Fecha (dd/mm/yyyy)	

## Cuéntenos sobre usted

No tiene que declarar impuestos para solicitar cobertura de seguro médico, sin embargo, debe declarar impuestos el próximo año para recibir un Crédito Tributario Anticipado para la prima que le ayude a pagar la cobertura médica ahora.

Todos los dependientes de su hogar declarados deben incluirse en esta solicitud para recibir un Crédito Tributario Anticipado para la prima que le ayude a pagar la cobertura de salud. La información sobre los miembros dependientes de la familia que viven en su hogar afectará su determinación de elegibilidad. Proporcionaremos los resultados de elegibilidad en función de la información que proporcione en esta solicitud.

### Información fiscal

Enumere todos los miembros de su hogar que planean presentar una declaración de impuestos federales este año.

¿Planea presentar una declaración conjunta de impuestos federales sobre la renta para este año?

- Sí
- No

Si presenta una declaración conjunta, enumere a los contribuyentes conjuntos en su declaración de impuestos federales sobre los ingresos de este año.

¿Qué declarante de impuestos en su hogar debe ser considerado el solicitante principal para esta solicitud? (Si presentan una declaración conjunta, el principal declarante de impuestos será el principal solicitante).

Enumere todos los dependientes que serán declarados por el declarante de impuestos principal en su declaración de impuestos sobre la renta.

Si presenta una declaración conjunta, enumere todos los dependientes que serán declarados por el declarante de impuestos secundario en su declaración de impuestos sobre la renta.

## Cuéntenos sobre su hogar

Independientemente de los tipos de asistencia que solicite, necesitamos información sobre todos los miembros de su hogar.

- Si solicita asistencia de cobertura de salud para cualquier persona menor de 65 años que no esté discapacitada, necesitamos información sobre todas las personas que planea incluir en su declaración de impuestos federales este año, incluso si no viven con usted.

**Nota:** No es necesario presentar declaraciones de impuestos estatales y federales para obtener cobertura de salud, a menos que solicite asistencia financiera.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona.*

Persona 1	Pregunta	Persona 2
1. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. ¿Esta persona está buscando cobertura?	1. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2.	2. Primer nombre	2.
3.	3. Segundo nombre	3.
4.	4. Apellido	4.
5.	5. Sufijo	5.
6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. Género	6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
7.	7. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	7.
8.	8. Parentesco con usted	8.
9. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	9. ¿Vive en la misma dirección que usted? En caso negativo, complete a-e	9. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. Dirección	a.
b.	b. Ciudad	b.
c.	c. Estado	c.
d.	d. Código Postal	d.
e.	e. Condado	e.
10. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	10. ¿Es ciudadano/a o nacional estadounidense? En caso afirmativo, responda la pregunta 11 y luego pase a a 14	10. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11.	11. Número de Seguridad Social	11.
12. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	12. ¿Esta persona es un/a ciudadano/a naturalizado/a?	12. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	13. Si no es un/a ciudadano/a ¿esta persona tiene un estatus migratorio elegible?	13. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de documento de inmigración?	a.
b.	b. Número de documento de identidad	b.
14. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. ¿Es usted el cuidador principal de alguno de los niños que figuran en esta solicitud?	14. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. En caso afirmativo ¿cuáles niños?	a.

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

## Continuación de Cuéntenos sobre su hogar

Las preguntas sobre el origen étnico y la raza son opcionales, y no es necesario responder para solicitar un seguro médico. Your Health Idaho utilizará esta información para comprender mejor la demografía y las necesidades de salud de los habitantes de Idaho. Esta información se compartirá con el HHS para apoyar una comprensión más amplia de las necesidades de salud en toda la población de los EE. UU.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona.*

Persona 1	Pregunta	Persona 2
15. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿Es veterano/a dado/a de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas?	15. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se determinó que esta persona no era Elegible para la cobertura de Medicaid o Your Health Idaho en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.	a. En caso afirmativo, escriba la fecha (dd/mm/aaaa)	a.
16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 60 días?	16. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.	a. ¿Fecha de parto? (dd/mm/aaaa)	a.
b.	b. ¿Cuántos niños espera dar a luz o dio a luz?	b.
17. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿Tiene alguna discapacidad física o condición de salud mental que limite la capacidad de trabajar, asistir a la escuela o atender las necesidades diarias?	17. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. ¿Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse y usar el baño) o vive en un hogar de ancianos u otro centro médico?	18. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	19. ¿Es de origen Hispano, Latino o Español?	19. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
20. <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático, Hindú <input type="checkbox"/> Negro o Africano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro	20. Raza (seleccione todas las que apliquen, hasta diez)	20. <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático, Hindú <input type="checkbox"/> Negro o Africano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro
a.	a. Si es nativo/a americano-a/nativo/a de Alaska, indique el estado de origen	a.
b.	b. Si es nativo/a americano-a/nativo/a de Alaska, indique el nombre tribal reconocido por el gobierno federal	b.

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.



## Cuéntenos más sobre su hogar

Independientemente de los tipos de asistencia que solicite, necesitamos información sobre todos los miembros de su hogar.

- Si solicita asistencia de cobertura de salud para cualquier persona menor de 65 años que no esté discapacitada, necesitamos información sobre todas las personas que planea incluir en su declaración de impuestos federales este año, incluso si no viven con usted.

**Nota:** No es necesario presentar declaraciones de impuestos estatales y federales para obtener cobertura de salud, a menos que solicite asistencia financiera.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona.*

Persona 3	Pregunta	Persona 4
1. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. ¿Esta persona está buscando cobertura?	1. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2.	2. Primer nombre	2.
3.	3. Segundo nombre	3.
4.	4. Apellido	4.
5.	5. Sufijo	5.
6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. Género	6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
7.	7. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	7.
8.	8. Parentesco con usted	8.
9. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	9. ¿Vive en la misma dirección que usted? En caso negativo, llene a-e	9. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. Dirección	a.
b.	b. Ciudad	b.
c.	c. Estado	c.
d.	d. Código Postal	d.
e.	e. Condado	e.
10. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	10. ¿Es ciudadano/a o nacional estadounidense? En caso afirmativo, responda la pregunta 11 y luego pase a a 14	10. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11.	11. Número de Seguridad Social	11.
12. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	12. ¿Esta persona es un/a ciudadano/a naturalizado/a?	12. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	13. Si no es un/a ciudadano/a ¿esta persona tiene un estatus migratorio elegible?	13. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de documento de inmigración?	a.
b.	b. Número de documento de identidad	b.
14. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. ¿Es usted el cuidador principal de alguno de los niños que figuran en esta solicitud?	14. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. En caso afirmativo ¿cuáles niños?	a.

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

## Continuación de Cuéntenos más sobre su hogar

Las preguntas sobre el origen étnico y la raza son opcionales, y no es necesario que las responda para solicitar un seguro médico. Your Health Idaho utilizará esta información para comprender mejor la demografía y las necesidades de salud de los habitantes de Idaho. Esta información se compartirá con el HHS para apoyar una comprensión más amplia de las necesidades de salud en toda la población de los EE. UU.

Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona.

Persona 3		Pregunta	Persona 4	
15.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿Es veterano/a dado/a de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas?	15.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se determinó que esta persona no era Elegible para la cobertura de Medicaid o Your Health Idaho en los últimos 90 días?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.	<input type="checkbox"/>	a. En caso afirmativo, escriba la fecha (dd/mm/aaaa)	a.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 60 días?	16.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.	<input type="checkbox"/>	a. ¿Fecha de parto? (dd/mm/aaaa)	a.	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	b. ¿Cuántos niños espera dar a luz o dio a luz?	b.	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿Tiene alguna discapacidad física o condición de salud mental que limite la capacidad de trabajar, asistir a la escuela o atender las necesidades diarias?	17.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. ¿Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse y usar el baño) o vive en un hogar de ancianos u otro centro médico?	18.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	19. ¿Es de origen Hispano, Latino o Español?	19.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
20.	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático, Hindú <input type="checkbox"/> Negro o africano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro	20. Raza (seleccione todas las que apliquen, hasta diez)	20.	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático, Hindú <input type="checkbox"/> Negro o africano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro
a.		a. Si es nativo/a americano-a/nativo/a de Alaska, indique el estado de origen	a.	
b.		b. Si es nativo/a americano-a/nativo/a de Alaska, indique el nombre tribal reconocido por el gobierno federal	b.	

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

# Cuéntenos sobre las fuentes de sus ingresos

Solicitamos información sobre los ingresos actuales de todos los miembros de su familia y hogar para asegurarnos de que obtenga la mayor cantidad de beneficios posibles. Recuerde que las personas pueden recibir ingresos de varias fuentes.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona*

Persona 1	Pregunta	Persona 2
1.	1. Primer Nombre	1.
2.	2. Apellido	2.
3. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida</li> <li><input type="checkbox"/> Ganancias de capital</li> <li><input type="checkbox"/> Agricultura o pesca</li> <li><input type="checkbox"/> Inversiones</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Otros ingresos (especifique abajo)</li> <li><input type="checkbox"/> Pensión</li> <li><input type="checkbox"/> Alquileres o galías</li> <li><input type="checkbox"/> Jubilación</li> <li><input type="checkbox"/> Beca</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo independiente</li> <li><input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social</li> <li><input type="checkbox"/> Desempleado/a</li> </ul>	3. Tipo de ingreso (marque todas las casillas que correspondan)	3. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida</li> <li><input type="checkbox"/> Ganancias de capital</li> <li><input type="checkbox"/> Agricultura o pesca</li> <li><input type="checkbox"/> Inversiones</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Otros ingresos (especifique abajo)</li> <li><input type="checkbox"/> Pensión</li> <li><input type="checkbox"/> Alquileres o galías</li> <li><input type="checkbox"/> Jubilación</li> <li><input type="checkbox"/> Beca</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo independiente</li> <li><input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social</li> <li><input type="checkbox"/> Desempleado/a</li> </ul>
4. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Por hora</li> <li><input type="checkbox"/> Diariamente</li> <li><input type="checkbox"/> Semanalmente</li> <li><input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Dos veces al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Mensualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Anualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Una sola vez</li> </ul>	4. ¿Con qué frecuencia?	4. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Por hora</li> <li><input type="checkbox"/> Diariamente</li> <li><input type="checkbox"/> Semanalmente</li> <li><input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Dos veces al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Mensualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Anualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Una sola vez</li> </ul>
a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Deudas canceladas</li> <li><input type="checkbox"/> Apoyo en efectivo</li> <li><input type="checkbox"/> Laudos judiciales</li> <li><input type="checkbox"/> Juegos de azar, premios o reconocimientos</li> <li><input type="checkbox"/> Pago por servicios de jurado</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul>	a. Si marcó Otros Ingresos anteriormente, especifique la fuente	a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Deudas canceladas</li> <li><input type="checkbox"/> Apoyo en efectivo</li> <li><input type="checkbox"/> Laudos judiciales</li> <li><input type="checkbox"/> Juegos de azar, premios o reconocimientos</li> <li><input type="checkbox"/> Pago por servicios de jurado</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul>
b.	b. Si marcó la casilla Trabajo, indique el nombre de su empleador	b.
c.	c. Si marcó Desempleado/a, Por favor proporcione el nombre del Estado que proporciona dicho ingreso	c.
5.	5. ¿Cuántos ingresos recibe?	5.
	Si marcó Beca, escriba el monto usado para pagar los gastos educativos	
a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>	a. Si marcó Ganancias de capital ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>
b. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>	b. Si marcó Trabajo independiente ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	b. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>

Copy this page or attach another sheet if you need to provide more information than space allows.

## Cuéntenos más sobre sus Fuentes de ingresos

Solicitamos información sobre los ingresos actuales de todos los miembros de su familia y hogar para asegurarnos de que obtenga la mayor cantidad de beneficios posibles. Recuerde que las personas pueden recibir ingresos de varias fuentes.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona*

Persona 3	Pregunta	Persona 4
1.	1. Primer Nombre	1.
2.	2. Apellido	2.
3. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida</li> <li><input type="checkbox"/> Ganancias de capital</li> <li><input type="checkbox"/> Agricultura o pesca</li> <li><input type="checkbox"/> Inversiones</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Otros ingresos (especifique abajo)</li> <li><input type="checkbox"/> Pensión</li> <li><input type="checkbox"/> Alquileres o galías</li> <li><input type="checkbox"/> Jubilación</li> <li><input type="checkbox"/> Beca</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo independiente</li> <li><input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social</li> <li><input type="checkbox"/> Desempleado/a</li> </ul>	3. Tipo de ingreso (marque todas las casillas que correspondan)	3. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida</li> <li><input type="checkbox"/> Ganancias de capital</li> <li><input type="checkbox"/> Agricultura o pesca</li> <li><input type="checkbox"/> Inversiones</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> Otros ingresos (especifique abajo)</li> <li><input type="checkbox"/> Pensión</li> <li><input type="checkbox"/> Alquileres o galías</li> <li><input type="checkbox"/> Jubilación</li> <li><input type="checkbox"/> Beca</li> <li><input type="checkbox"/> Trabajo independiente</li> <li><input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social</li> <li><input type="checkbox"/> Desempleado/a</li> </ul>
4. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Por hora</li> <li><input type="checkbox"/> Diariamente</li> <li><input type="checkbox"/> Semanalmente</li> <li><input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Dos veces al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Mensualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Anualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Una sola vez</li> </ul>	4. ¿Con qué frecuencia?	4. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Por hora</li> <li><input type="checkbox"/> Diariamente</li> <li><input type="checkbox"/> Semanalmente</li> <li><input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Dos veces al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Mensualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Anualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Una sola vez</li> </ul>
a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Deudas canceladas</li> <li><input type="checkbox"/> Apoyo en efectivo</li> <li><input type="checkbox"/> Laudos judiciales</li> <li><input type="checkbox"/> Juegos de azar, premios o reconocimientos</li> <li><input type="checkbox"/> Pago por servicios de jurado</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul>	a. Si marcó Otros Ingresos anteriormente, especifique la fuente	a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Deudas canceladas</li> <li><input type="checkbox"/> Apoyo en efectivo</li> <li><input type="checkbox"/> Laudos judiciales</li> <li><input type="checkbox"/> Juegos de azar, premios o reconocimientos</li> <li><input type="checkbox"/> Pago por servicios de jurado</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul>
b.	b. Si marcó la casilla Trabajo, indique el nombre de su empleador	b.
c.	c. Si marcó Desempleado/a, Por favor proporcione el nombre del Estado que proporciona dicho ingreso	c.
5.	5. ¿Cuántos ingresos recibe?	5.
	Si marcó Beca, escriba el monto usado para pagar los gastos educativos	
a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>	a. Si marcó Ganancias de capital ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	a. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>
b. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>	b. Si marcó Trabajo independiente ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	b. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ganancia</li> <li><input type="checkbox"/> Pérdida</li> </ul>

Copy this page or attach another sheet if you need to provide more information than space allows.

## Cuéntenos sobre sus deducciones

Informarnos sobre las deducciones en su declaración de impuestos sobre la renta podría hacer que el costo del seguro médico sea un poco más bajo.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona*

Persona 1	Pregunta	Persona 2
1.	1. Primer nombre	1.
2.	2. Apellido	2.
3. <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Intereses del préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Otras deducciones	3. Tipo de deducción	3. <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Intereses del préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Otras deducciones
a.	a. Si marcó Otras deducciones, indique la fuente	a.
4.	4. ¿Cuál es el monto de las deducciones?	4.
5. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	5. ¿Con qué frecuencia?	5. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
6. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	6. ¿Espera que esta deducción se aplique durante todo el año?	6. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## Calcule sus ingresos totales para este año

Persona 1	Pregunta	Persona 2
1.	1. Basándose en lo que sabe hoy, calcule sus ingresos totales de este año	1.

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

## Cuéntenos sobre sus deducciones

Informarnos sobre las deducciones en su declaración de impuestos sobre la renta podría hacer que el costo del seguro médico sea un poco más bajo.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona*

Persona 3	Pregunta	Persona 4
1.	1. Primer nombre	1.
2.	2. Apellido	2.
3. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia</li> <li><input type="checkbox"/> Intereses del préstamo estudiantil</li> <li><input type="checkbox"/> Otras deducciones</li> </ul>	3. Tipo de deducción	3. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia</li> <li><input type="checkbox"/> Intereses del préstamo estudiantil</li> <li><input type="checkbox"/> Otras deducciones</li> </ul>
a.	a. Si marcó Otras deducciones, indique la fuente	a.
4.	4. ¿Cuál es el monto de las deducciones?	4.
5. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Semanalmente</li> <li><input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Dos veces al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Mensualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Anualmente</li> </ul>	5. ¿Con qué frecuencia?	5. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Semanalmente</li> <li><input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</li> <li><input type="checkbox"/> Dos veces al mes</li> <li><input type="checkbox"/> Mensualmente</li> <li><input type="checkbox"/> Anualmente</li> </ul>
6. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Si</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> </ul>	6. ¿Espera que esta deducción se aplique durante todo el año?	6. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Si</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> </ul>

## Calcule sus ingresos totales para este año

Persona 3	Pregunta	Persona 4
1.	1. Basándose en lo que sabe hoy, calcule sus ingresos totales de este año	1.

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

## Cuéntenos sobre su actual cobertura de salud

Los planes de beneficios limitados son planes médicos con beneficios mucho más bajos y restringidos que los seguros médicos mayores, pero con primas más bajas. Los planes de beneficios limitados incluyen planes de enfermedades críticas, planes de indemnización (pólizas que solo pagan una cantidad predeterminada independientemente de los cargos totales) y pólizas de "efectivo hospitalario".

Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona

Persona 1	Pregunta	Persona 2
1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1. ¿Está esta persona inscrita actualmente en una cobertura de salud que se extenderá más allá de los 60 días a partir de hoy?	1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Cobertura COBRA <input type="checkbox"/> Cobertura Marketplace <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Peace Corps/Cuerpos de Paz <input type="checkbox"/> Beneficios de salud de jubilado <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) <input type="checkbox"/> Otra cobertura <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de cobertura tienen?	a. <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Cobertura COBRA <input type="checkbox"/> Cobertura Marketplace <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Peace Corps/Cuerpos de Paz <input type="checkbox"/> Beneficios de salud de jubilado <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) <input type="checkbox"/> Otra cobertura Ninguna de las anteriores
i.	i. Si marcó Otras coberturas, indique el nombre de la compañía	i.
ii.	ii. Si marcó Otras coberturas, indique el número de póliza	ii.
iii. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	iii. Si marcó Otras coberturas ¿es ésta una cobertura de beneficios limitados?	iii. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca tuve este crédito	2. ¿Concilió esta persona los Créditos Tributarios Anticipados para Primas en sus declaraciones de impuestos en años anteriores?	2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nunca tuve este crédito
3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. ¿Se le ofrecerá a esta persona cobertura de salud a través de un trabajo (incluido por el trabajo de otra persona, como un cónyuge o padre)? En caso afirmativo, complete a-g	3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.	a. Nombre del empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código Postal	c.
d.	d. Número de teléfono	d.
e. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor ímimo?	e. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f.	f. ¿Cuál es el monto de la prima para el plan de menor costo disponible para esta persona que cumple con el estándar de valor mínimo?	f.
g. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Una sola vez	g. ¿Con qué frecuencia se debe pagar la prima de menor costo?	g. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Una sola vez

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

## Continuación de Cuéntenos sobre su actual cobertura de salud

Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si está diseñado para pagar al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar, y sus beneficios incluyen una cobertura sustancial para los servicios médicos y hospitalarios para pacientes hospitalizados.

Si se le ofrece una cobertura asequible que cumple con los estándares de valor mínimo, no será elegible para un Crédito Tributario Anticipado para la Prima. La mayoría de los planes ofrecidos en los empleos cumplen con este estándar.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona*

Persona 1	Pregunta	Persona 2
4. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4. ¿A esta persona se le ofrece el plan de beneficios de salud para empleados del estado de Idaho a través de un trabajo o el trabajo de un miembro de la familia? En caso afirmativo, complete a-f	4. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. Nombre del Empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código postal	c.
d. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	d. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo?	d. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
e.	e. ¿Cuál es el monto de la prima para el plan de menor costo disponible para esta persona que cumple con el estándar de valor mínimo?	e.
f. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Una sola vez	f. ¿Con qué frecuencia?	f. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente Una sola vez
5. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5. ¿Le gustaría a esta persona recibir ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?	5. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.	6. Haga una lista de los niños, si los hay, que actualmente tienen cobertura de salud	6.

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.



## Cuéntenos sobre su actual cobertura de salud

Los planes de beneficios limitados son planes médicos con beneficios mucho más bajos y restringidos que los seguros médicos mayores, pero con primas más bajas. Los planes de beneficios limitados incluyen planes de enfermedades críticas, planes de indemnización (pólizas que solo pagan una cantidad predeterminada independientemente de los cargos totales) y pólizas de "efectivo hospitalario".

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona*

Persona 3	Pregunta	Persona 4
1. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. ¿Está esta persona inscrita actualmente en una cobertura de salud que se extenderá más allá de los 60 días a partir de hoy?	1. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a. <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Cobertura COBRA <input type="checkbox"/> Cobertura Marketplace <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Peace Corps/Cuerpos de Paz <input type="checkbox"/> Beneficios de salud de jubilado <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) <input type="checkbox"/> Otra cobertura <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de cobertura tienen?	a. <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Cobertura COBRA <input type="checkbox"/> Cobertura Marketplace <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Peace Corps/Cuerpos de Paz <input type="checkbox"/> Beneficios de salud de jubilado <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) <input type="checkbox"/> Otra cobertura Ninguna de las anteriores
i.	i. Si marcó Otras coberturas, indique el nombre de la compañía	i.
ii.	ii. Si marcó Otras coberturas, indique el número de póliza	ii.
iii. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	iii. Si marcó Otras coberturas ¿es ésta una cobertura de beneficios limitados?	iii. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca tuve este crédito	2. ¿Concilió esta persona los Créditos Tributarios Anticipados para Primas en sus declaraciones de impuestos en años anteriores?	2. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nunca tuve este crédito
3. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3. ¿Se le ofrecerá a esta persona cobertura de salud a través de un trabajo (incluido por el trabajo de otra persona, como un cónyuge o padre)? En caso afirmativo, complete a-g	3. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. Nombre del empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código Postal	c.
d.	d. Número de teléfono	d.
e. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	e. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor ímimo?	e. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
f.	f. ¿Cuál es el monto de la prima para el plan de menor costo disponible para esta persona que cumple con el estándar de valor mínimo?	f.
g. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Una sola vez	g. ¿Con qué frecuencia se debe pagar la prima de menor costo?	g. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Una sola vez

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

## Continuación de Cuéntenos sobre su actual cobertura de salud

Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si está diseñado para pagar al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar, y sus beneficios incluyen una cobertura sustancial para los servicios médicos y hospitalarios para pacientes hospitalizados.

Si se le ofrece una cobertura asequible que cumple con los estándares de valor mínimo, no será elegible para un Crédito Tributario Anticipado para la Prima. La mayoría de los planes ofrecidos en los empleos cumplen con este estándar.

*Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada persona*

Persona 3	Pregunta	Persona 4
4. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4. ¿A esta persona se le ofrece el plan de beneficios de salud para empleados del estado de Idaho a través de un trabajo o el trabajo de un miembro de la familia? En caso afirmativo, complete a-f	4. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a.	a. Nombre del Empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código postal	c.
d. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	d. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo?	d. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
e.	e. ¿Cuál es el monto de la prima para el plan de menor costo disponible para esta persona que cumple con el estándar de valor mínimo?	e.
f. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Una sola vez	f. ¿Con qué frecuencia?	f. <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente Una sola vez
5. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5. ¿Le gustaría a esta persona recibir ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?	5. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.	6. Haga una lista de los niños, si los hay, que actualmente tienen cobertura de salud	6.

Copie esta página o adjunte otra hoja si necesita proporcionar más información de la que permite el espacio.

## Revisión y firma

Ahora es el momento de revisar y firmar su solicitud de seguro médico.

Revise toda la información que proporcionó en esta solicitud para cada miembro del hogar que solicita un seguro médico.

Lea y marque las casillas correspondientes debajo de cada declaración.

¿Hay algún solicitante encarcelado (en prisión o en la cárcel)?

- Sí
- No

En caso afirmativo, indique cuáles de los solicitantes están encarcelados

En caso afirmativo ¿está esta persona pendiente de disposición?

- Sí
- No

Para facilitar la renovación de mi cobertura de seguro médico y mi elegibilidad para créditos fiscales para cada año, acepto permitir que Your Health Idaho use mis datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, hasta por los próximos cinco años. Your Health Idaho me enviará un aviso cada año sobre el estado de mi solicitud, y tendré la opción de hacer cambios en ese momento. También puedo optar por no participar en cualquier momento.

- Estoy de acuerdo
- Estoy en desacuerdo

Entiendo que si más tarde se descubre que cualquier persona que se inscriba en mi solicitud de cobertura a través de un plan de Your Health Idaho tiene otra cobertura de salud calificada (incluidos Medicare, Medicaid o CHIP), Your Health Idaho terminará automáticamente su cobertura de Your Health Idaho.

Si alguien en esta solicitud se inscribe en Medicaid durante el año del plan Your Health Idaho, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de buscar y recuperar cualquier dinero de otras agencias de seguros de salud, acuerdos legales o terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para buscar y recuperar apoyo médico de un cónyuge o padre.

Si un/a niño/a en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, reconozco que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica de un padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica resultará en daño para mí o para mis hijos, puedo decírselo a la agencia y es posible que no tenga que cooperar.

Entiendo que tengo 30 días para notificar a Your Health Idaho de cualquier cambio en la información de esta solicitud. Informaré cualquier cambio dentro de este período. Entiendo que los cambios en el tamaño, la dirección u otros detalles de mi hogar pueden afectar mi elegibilidad o la de mi hogar para beneficios específicos. Entiendo y notificaré a Your Health Idaho si la información de mi solicitud cambia.

Al marcar la casilla y firmar con mi nombre a continuación, reconozco que estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio y he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto/a a sanciones bajo la ley federal si proporciono intencionalmente información falsa.

- Estoy de acuerdo

Escriba su nombre complete legible aquí	Firma	Fecha (dd/mm/aaaa)