

Solicitud de asistencia de seguro de salud del estado

Asistencia de seguro de salud del estado (HCA) está disponible de acuerdo con las necesidades individuales. Es posible que las familias elegibles califiquen para Medicaid o para el pago anticipado de prima de crédito tributario (APTC) para ayudar a pagar las primas del seguro de salud del estado o los planes de seguro médico privado asequibles.

<p>¿QUIÉN puede utilizar esta solicitud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice esta solicitud para solicitar el HCA, incluyendo Medicaid, CHIP o el pago anticipado de prima de crédito tributario (APTC) para cualquier miembro de su familia. • Si alguien le está ayudando a llenar esta solicitud, o si usted está llenando esta solicitud en nombre de otra persona, es posible que tenga que llenar el formulario de representante autorizado (Apéndice A). 		
<p>LO QUE puede necesitar para la solicitud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre el empleador y el ingreso de todos los miembros de su familia (por ejemplo, talones de pago, declaraciones de impuestos u otras declaraciones de ingresos e impuestos) • Números de Seguro Social (o números de documento para inmigrantes legales) • Prueba de identidad (por ejemplo, licencia de conducir o pasaporte) • Números de póliza de cualquier seguro médico actual • Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo disponible para su hogar 		
<p>RECURSOS de ayuda para esta solicitud</p>	<p>En línea: YourHealthIdaho.org Correo electrónico: Support@YourHealthIdaho.org Teléfono: 1-855-944-3246</p>		
<p>¿POR QUÉ pedimos esta información?</p>	<p>Mantenemos toda la información privada y segura, como lo exige la ley. Pedimos esta información por las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para averiguar para qué tipos de asistencia usted califica • Para calcular la cantidad de asistencia para la que usted califica • Para asegurarnos de que recibe la cantidad correcta de asistencia según su situación <p>Igualdad de oportunidades para los solicitantes En cumplimiento con la ley federal, la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el Departamento tiene prohibido discriminar, excluir o tratar de manera diferente a las personas debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La discriminación con base en la religión y creencias políticas también está prohibida por la Ley de Cupones de Alimentos y la política del USDA. Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS al:</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 1455 992 1686"> <p>Departamento de Agricultura de Estados Unidos Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, Washington, D.C. 20250-9410 Fax: 202-690-7442 Correo electrónico: program.intake@usda.gov</p> </td> <td data-bbox="992 1455 1589 1717"> <p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Room 506F SW 200 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20201 Correo electrónico: OCRcomplaint@hhs.gov Teléfono: 202-619-0403 202-619-3257 (TTY)</p> </td> </tr> </table>	<p>Departamento de Agricultura de Estados Unidos Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, Washington, D.C. 20250-9410 Fax: 202-690-7442 Correo electrónico: program.intake@usda.gov</p>	<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Room 506F SW 200 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20201 Correo electrónico: OCRcomplaint@hhs.gov Teléfono: 202-619-0403 202-619-3257 (TTY)</p>
<p>Departamento de Agricultura de Estados Unidos Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, Washington, D.C. 20250-9410 Fax: 202-690-7442 Correo electrónico: program.intake@usda.gov</p>	<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Room 506F SW 200 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20201 Correo electrónico: OCRcomplaint@hhs.gov Teléfono: 202-619-0403 202-619-3257 (TTY)</p>		
<p>¿CÓMO presentar esta solicitud?</p>	<p>Envíe su solicitud completa y firmada a:</p> <p>Your Health Idaho Application Team PO Box 50143 Boise, ID 83705-0963</p> <p>Email: Support@YourHealthIdaho.org</p>		

Derechos de apelación y de audiencia

Tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la decisión tomada por Your Health Idaho (YHI) o el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW).

Cuenta con 30 días para solicitar una audiencia para Medicaid y el crédito fiscal por primas anticipadas (APTC). Este plazo iniciará un día después de que YHI o IDHW le hayan entregado o enviado por correo un aviso de la acción con la que usted no está de acuerdo.

Tenga en cuenta que se hará una evaluación de elegibilidad para todos los miembros de la familia en el momento que se revise esta apelación.

Para solicitar una audiencia o una referencia de asistencia jurídica:

- Llame al 1-855-944-3246
- Envíenos un correo electrónico a Support@YourHealthIdaho.org

En la audiencia, puede representarse a sí mismo, utilizar asesoría legal, un familiar, un amigo u otro portavoz.



idalink

idalink es el sitio web de autoservicio en línea de Idaho donde puede ver información sobre los beneficios que recibe, notificar un cambio y solicitar otros programas ofrecidos por IDHW. Registrarse es fácil.
¡Visite idalink.idaho.gov para comenzar hoy mismo!

Háblenos de usted

Usted será la persona de contacto principal para esta solicitud, incluso si no solicita ayuda para sí mismo.

Información que es opcional o no requerida:

- Preguntas de ciudadanos estadounidenses o nacionales - *opcional para los miembros del hogar que no solicitan asistencia*
- Raza - opcional
- Número de Seguro Social - *opcional para las personas que no solicitan cobertura de asistencia y para las personas que solicitan cobertura de seguro de salud del estado*
- Hispano o Latino - opcional

¿Le interesa el programa Medicaid para Trabajadores con Discapacidades? No Sí

1. ¿Está solicitando asistencia de seguro de salud del estado (HCA) para usted? No Sí

2. Nombre completo Primero Segundo Apellido

3. Nombres anteriores Primero Segundo Apellido
(en su caso)

4. Dirección física Calle Ciudad Estado Código postal Condado

5. Dirección postal Calle Ciudad Estado Código postal Condado
(si es diferente)

6. Correo electrónico

7. Teléfono primario Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo

Si no tiene, ¿dónde le podemos dejar un mensaje?

8. Número de Seguro Social

9. Fecha de nacimiento

10. Sexo Masculino Femenino

11. Estado civil Casado Divorciado Separado Viudo Nunca he estado casado

12. Embarazada No Sí, complete a y b.

a. ¿Cuándo es la fecha de parto?

b. ¿Cuántos bebés está esperando?

13. Idioma preferido: Hablado

Los servicios de interpretación se enumeran en la portada de esta solicitud.

Escrito

14. Intérprete Do you want an interpreter if you are interviewed? (One will be provided at no cost to you)
¿Quiere usted un intérprete si usted sea entrevistado? (Se le proporcionará uno sin costo alguno)

No Sí

15. ¿Le gustaría nombrar a alguien como su representante autorizado? No Sí, complete el **apéndice A**

Puede dar permiso a un amigo, socio o representante de confianza como un "representante autorizado" para hablar con el departamento, ver su información y actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con su caso.

Continúe contándonos acerca de usted

Información que es opcional o no requerida:

- Preguntas de ciudadanos estadounidenses o nacionales - *opcional para los miembros del hogar que no solicitan asistencia*
- Número de Seguro Social - *opcional para las personas que no solicitan cobertura de asistencia y para las personas que solicitan cobertura de seguro de salud del estado*
- Raza - opcional
- Hispano o Latino - opcional

16. Raza	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico. Nombre la tribu:		
	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska. Nombre la tribu:		
17. ¿Hispano o Latino?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
18. Ciudadano estadounidense o nacional	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
19. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.	
	<i>Se verificará el estatus de extranjero con el USCIS. La respuesta del USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y la cantidad de beneficios.</i>		
	a. Tipo de documento de inmigración:		
	b. Número de ID del documento:		
20. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el AÑO EN CURSO?	<input type="checkbox"/> Si su respuesta es "no", vaya a c. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete de a al c.		
	a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete i y ii.		
	i. Nombre del cónyuge		
	<i>Si a su hogar se le aprueba el Pago Anticipado de Crédito Fiscal para Primas (APTC) y usted decide comprar un seguro a través de Your Health Idaho (YHI), se le asignará un declarante de impuestos adulto como el titular principal de la cuenta. Elija qué cónyuge desea que se le asigne como titular principal de la cuenta para su hogar.</i>		
	ii. Nombre del titular de la cuenta principal		
	b. ¿Declarará dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.		
	i. Nombre de los dependientes		
	c. ¿A usted se le declarará como dependiente en los impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.		
i. Nombre del declarante de impuestos:			

Cuéntenos acerca de todos los miembros de su familia

A quién debe incluir en esta solicitud:

- Independientemente de los tipos de asistencia que solicite, necesitamos información sobre todos los miembros de su familia.
- Si solicita asistencia de cobertura de salud del estado para cualquier persona menor de 65 años y no 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 que presente una declaración de impuestos para obtener cobertura de salud del estado.

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

Persona 1	Pregunta	Persona 2
1. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	1. ¿Esta persona está solicitando HCA?	1. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	2. ¿Vive en la misma dirección que usted?	2. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	3. Relación con usted	3.
4. Primero	4. Nombre	4. Primero
Segundo		Segundo
Apellido		Apellido
5.	5. Nombres anteriores (en su caso)	5.
6.	6. Número de Seguro Social	6.
7.	7. Fecha de nacimiento	7.
8. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	8. Sexo	8. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
9. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado	9. Estado civil	9. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado
10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.	10. Embrazada	10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.
a.	a. ¿Cuándo es la fecha de parto?	a.
b.	b. ¿Cuántos bebés está esperando?	b.
11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	11. Hispano o Latino	11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12. Ciudadano estadounidense o nacional	12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.	13. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?	13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.
a.	a. Tipo de documento de inmigración	a.
b.	b. Número de ID del documento	b.
14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	14. Raza	14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
a.	a. Nombre de la tribu (en su caso)	a.
15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete a-c.	15. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el AÑO EN CURSO?	15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete a-c.
a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i y ii.	a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge?	a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i y ii.
i.	i. Nombre del cónyuge	i.
ii.	ii. Nombre del titular de la cuenta principal	ii.
b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.	b. ¿Declarará dependientes?	b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.
i.	i. Nombre de los dependientes	i.
c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.	c. ¿A usted se le declarará como dependiente en los impuestos de otra persona?	c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.
i.	i. Nombre del declarante de impuestos	i.

Continúe contándonos acerca de todos los miembros de su hogar

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

Persona 3	Pregunta	Persona 4
1. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	1. ¿Esta persona está solicitando HCA?	1. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	2. ¿Vive en la misma dirección que usted?	2. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	3. Relación con usted	3.
4. Primero	4. Nombre	4. Primero
Segundo		Segundo
Apellido		Apellido
5.	5. Nombres anteriores (en su caso)	5.
6.	6. Número de Seguro Social	6.
7.	7. Fecha de nacimiento	7.
8. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	8. Sexo	8. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
9. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado	9. Estado civil	9. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado
10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.	10. Embrazada	10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.
a.	a. ¿Cuándo es la fecha de parto?	a.
b.	b. ¿Cuántos bebés está esperando?	b.
11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	11. Hispano o Latino	11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12. Ciudadano estadounidense o nacional	12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.	13. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?	13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.
a.	a. Tipo de documento de inmigración	a.
b.	b. Número de ID del documento	b.
14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	14. Raza	14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
a.	a. Nombre de la tribu (en su caso)	a.
15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete a-c.	15. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el AÑO EN CURSO?	15. <input type="checkbox"/> No, vaya a c. <input type="checkbox"/> Sí, complete a-c.
a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i y ii.	a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge?	a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i y ii.
i.	i. Nombre del cónyuge	i.
ii.	ii. Nombre del titular de la cuenta principal	ii.
b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.	b. ¿Declarará dependientes?	b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.
i.	i. Nombre de los dependientes	i.
c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.	c. ¿A usted se le declarará como dependiente en los impuestos de otra persona?	c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete i.
i.	i. Nombre del declarante de impuestos	i.

Cuéntenos de los padres que no están en la casa.

Complete lo siguiente para cada niño que tenga un padre (o padres) que NO vivan con ellos. Se proporcionará la información a los Servicios de Sostenimiento para los Niños para poder perseguir un caso de sostenimiento de niños si es elegible. Para recibir Medicaid, usted debe cooperar con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños. En caso de que únicamente solicite un APTC, puede dejar este espacio en blanco. Si posteriormente se determina que usted es elegible para Medicaid, se le pedirá que proporcione esta información.

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

Otro Padre 1	Pregunta	Otro Padre 2
1.	1. Nombre del niño	1.
2. Nombres Apellido	2. Nombre del padre que no está en casa	2. Nombres Apellido
3.	3. Nombres anteriores de los padres que no están en casa, si los hay	3.
4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Número de Seguro Social y sexo	4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. FDN Edad	5. Fecha de nacimiento o edad aproximada	5. FDN Edad
6. Calle Ciudad Estado Código postal Condado	6. Dirección física	6. Calle Ciudad Estado Código postal Condado
7. Calle Ciudad Estado Código postal	7. Dirección postal (si es diferente)	7. Calle Ciudad Estado Código postal
8.	8. Correo electrónico	8.
9.	9. Teléfono	9.
10.	10. Último empleador conocido	10.
11.	11. Última ciudad conocida del empleador	11.

Otro Padre 3	Pregunta	Otro Padre 4
1.	1. Nombre del niño	1.
2. Nombres Apellido	2. Nombre del padre que no está en casa	2. Nombres Apellido
3.	3. Nombres anteriores de los padres que no están en casa, si los hay	3.
4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Número de Seguro Social y sexo	4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. FDN Edad	5. Fecha de nacimiento o edad aproximada	5. FDN Edad
6. Calle Ciudad Estado Código postal Condado	6. Dirección física	6. Calle Ciudad Estado Código postal Condado
7. Calle Ciudad Estado Código postal	7. Dirección postal (si es diferente)	7. Calle Ciudad Estado Código postal
8.	8. Correo electrónico	8.
9.	9. Teléfono	9.
10.	10. Último empleador conocido	10.
11.	11. Última ciudad conocida del empleador	11.

Cuéntenos sobre su situación familiar

1. ¿Alguien en su hogar está solicitando o ya está recibiendo el cuidado de adopción temporal o asistencia para la adopción?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
2. ¿Había personas en su casa en el sistema de hogares de adopción temporal de Idaho cuando cumplieron 18 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
3. ¿Hay alguien en su hogar que esté recibiendo Medicaid de otro estado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, complete a y b.
a. Fechas de la asistencia	Desde (mes/año):	A (mes/año):
b. En caso de que se reciba asistencia de	Ciudad	Condado
		Estado
4. ¿Hay alguien en su hogar de 65 años o más o discapacitado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién? Complete Apéndice D.
5. ¿Alguien que está solicitando y tiene 65 años o más o está incapacitado tiene una solicitud pendiente para la discapacidad del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién? Complete Apéndice D.
6. ¿Hay alguien en su hogar que trabaje y crea que cumpliría con el estado de discapacidad determinado por la Administración del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién? Complete Apéndice D.
7. ¿Alguien que esté solicitando y tenga 65 años o más o esté discapacitado requiere servicios médicos en el hogar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
8. ¿Alguien que está solicitando y tiene 65 años o más o está discapacitado, que viva en un centro de cuidado médico o que reciba atención en el hogar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí, complete a-c. a. ¿Quién?
b. Tipo de centro o proveedor	<input type="checkbox"/> Hogar de ancianos	<input type="checkbox"/> Centro de vivienda con asistencia
	<input type="checkbox"/> Hogar familiar certificado	<input type="checkbox"/> Atención en el hogar
c. Nombre del centro o proveedor		
d. Teléfono del centro o proveedor		

Cuéntenos acerca de su evento de vida que califica

Complete esta sección si alguien en el hogar solicita la asistencia de cobertura de salud del estado. Esta información puede ser necesaria como parte de su determinación de elegibilidad para el crédito fiscal por pago anticipado de primas (APTC).

Complete las siguientes preguntas con base en cualquier evento de la vida dentro de los últimos 60 días, a menos que se indique lo contrario.

1. ¿Algún miembro de su hogar recientemente perdió o espera perder la cobertura de seguro de salud del estado dentro de los próximos 60 días?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
2. ¿Algún miembro de su hogar se convirtió recientemente en ciudadano o inmigrante legal en Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
3. ¿Alguien se mudó o se fue de su hogar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
	¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Tuvo un bebé
		<input type="checkbox"/> Se casó
		<input type="checkbox"/> Otro:
		<input type="checkbox"/> Ha adoptado o está en cuidados de adopción temporal de un niño
		<input type="checkbox"/> Se divorció
4. ¿Algún declarante de impuestos existente en su hogar obtuvo recientemente un nuevo dependiente de impuestos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
5. ¿Su familia se mudó recientemente a Idaho?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?
6. ¿Su familia se mudó recientemente dentro de Idaho?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?
7. ¿Su ingreso familiar cambió recientemente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?
	¿Cómo?	<input type="checkbox"/> Incremente <input type="checkbox"/> Disminución

Cuéntenos sobre los ingresos de su hogar

Indíquenos todos los **ingresos tributables** que recibe su familia. Queremos saber acerca de los últimos 30 días, así como todo el dinero recibido trimestral y anualmente

Ganado

Sueldos o salarios de:

- Empleo
- Autoempleo (*incluyendo ser dueño de su propio negocio, trabajos ocasionales, cuidar niños, recoger latas, donar plasma, etc.*)

No ganados

Sueldos de:

- Prestaciones por desempleo
- Ganancias de juegos y lotería
- Ingresos por alquiler
- Seguridad Social
- Regalos en efectivo
- Ingreso por jubilación o pensión

Ingreso 1

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

Promedio de horas trabajadas cada semana

Salarios o propinas (antes de impuestos)

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Se espera que cambien los ingresos No Sí, ¿por qué? (*aumento, cambio de horas, etc.*)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa

Tipo de trabajo

Ingresos brutos estimados para este mes

Promedio de horas trabajadas cada semana

Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia

Fecha ordenada por el juez (*mes/año*)

Monto de la pensión alimenticia

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingreso 2

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

Promedio de horas trabajadas cada semana

Salarios o propinas (antes de impuestos)

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Se espera que cambien los ingresos No Sí, ¿por qué? (*aumento, cambio de horas, etc.*)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa

Tipo de trabajo

Ingresos brutos estimados para este mes

Promedio de horas trabajadas cada semana

Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia

Fecha ordenada por el juez (*mes/año*)

Monto de la pensión alimenticia

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Continúe informándonos sobre los ingresos de su hogar

Ingreso 3

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

Promedio de horas trabajadas cada semana

Salarios o propinas (antes de impuestos)

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Se espera que cambien los ingresos No Sí, ¿por qué? (*aumento, cambio de horas, etc.*)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa

Tipo de trabajo

Ingresos brutos estimados para este mes

Promedio de horas trabajadas cada semana

Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia

Fecha ordenada por el juez (*mes/año*)

Monto de la pensión alimenticia

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingreso 4

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

Promedio de horas trabajadas cada semana

Salarios o propinas (antes de impuestos)

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Se espera que cambien los ingresos No Sí, ¿por qué? (*aumento, cambio de horas, etc.*)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa

Tipo de trabajo

Ingresos brutos estimados para este mes

Promedio de horas trabajadas cada semana

Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia

Fecha ordenada por el juez (*mes/año*)

Monto de la pensión alimenticia

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Solicitud de asistencia para la cobertura de salud

Su ingreso anual anticipado (AAI) es el ingreso bruto (ingresos antes de impuestos) imponible que espera recibir para el año en curso (enero-diciembre). Si ya conoce el AAI total de su hogar, escríbelo aquí: \$

Si no conoce su AAI para este año, puede calcularla usando la hoja de trabajo en el **Apéndice C**.

Cuéntenos sobre su situación de cobertura de salud del estado

1. ¿Alguien que solicita la HCA quiere ayuda para pagar los gastos médicos de los **últimos tres (3) meses**?

- No Sí, complete a y b.

a. Nombre de la persona con gastos:

b. ¿Para cuál de los últimos tres meses necesita ayuda? Incluya el ingreso familiar bruto (antes de impuestos) que recibió su familia en cada uno de esos meses.

Nombre del mes: Ingresos brutos mensuales

Nombre del mes: Ingresos brutos mensuales

Nombre del mes: Ingresos brutos mensuales

2. Es alguien que solicita la HCA y que actualmente recibe cobertura de cualquiera de las siguientes entidades:

Medicare No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

TRICARE No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Atención de la salud VA No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Cuerpo de paz No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

3. ¿Alguien tiene acceso al seguro de salud privado de un trabajo?

(Marque "sí" incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge).

- No Sí, complete el **Apéndice B**.

4. ¿Algún niño (menor de 19 años) que hace la solicitud, recibe actualmente cobertura de salud del estado?

- No Si la respuesta es "sí", complete a y b para cada niño que reciba cobertura.

a. Nombre del niño:

b. Servicios cubiertos (marque lo que corresponda) Servicios de hospitalización y ambulatorios Servicios de laboratorio
 Servicios quirúrgicos y médicos Servicios de rayos X

a. Nombre del niño:

b. Servicios cubiertos (marque lo que corresponda) Servicios de hospitalización y ambulatorios Servicios de laboratorio
 Servicios quirúrgicos y médicos Servicios de rayos X

a. Nombre del niño:

b. Servicios cubiertos (marque lo que corresponda) Servicios de hospitalización y ambulatorios Servicios de laboratorio
 Servicios quirúrgicos y médicos Servicios de rayos X

a. Nombre del niño:

b. Servicios cubiertos (marque lo que corresponda) Servicios de hospitalización y ambulatorios Servicios de laboratorio
 Servicios quirúrgicos y médicos Servicios de rayos X

Derechos y responsabilidades

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones

<input type="checkbox"/> Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y precisa. Se me podría sancionar y se me podría exigir que devuelva cualquier beneficio que reciba si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o penales en mi contra, incluyendo el procesamiento.	<input type="checkbox"/> Es posible que se me pida que coopere con revisores estatales o federales que se asegurarán de que mis beneficios sean correctos. Es posible que no sea elegible para recibir beneficios si no coopero.
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para la recopilación, el uso y la divulgación de mis datos, incluido mi número de Seguro Social (SSN), por parte del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho, Your Health Idaho o sus designados. Entiendo que la información es necesaria para brindarme beneficios o servicios, obtener el pago de mis beneficios o servicios y para operaciones comerciales normales de YHI o del Departamento.	<input type="checkbox"/> Si se determina que soy elegible para Medicaid, como parte de mi solicitud, entiendo que el IDHW abrirá un caso de Sosténimiento para los Niños y que debo cooperar con los Servicios para el Sosténimiento de los Niños.
<input type="checkbox"/> Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en el caso de que YHI o el Departamento ya hayan utilizado y divulgado mi información.	<input type="checkbox"/> Esta información puede revelarse a otras agencias federales y estatales para que la examinen oficialmente, y a las fuerzas policiales, para que detengan a las personas que huyen para eludir la ley.
<input type="checkbox"/> Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de privacidad del departamento.	<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para la recopilación y uso de datos de ingresos, incluyendo información del Departamento de Hacienda (IRS), para determinar la elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud del estado en años futuros (hasta 5 años). Recibiré un aviso cuando esto ocurra, podré hacer cambios y podré optar por no participar en cualquier momento. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que el departamento ya haya utilizado y divulgado mi información con base en este consentimiento. Si revoco este consentimiento, no seré elegible para el APTC.
<input type="checkbox"/> Tengo la obligación de informar cuando el ingreso mensual de mi hogar exceda el límite bruto para el tamaño de mi hogar.	<input type="checkbox"/> Si se determina que soy elegible para recibir un crédito fiscal (también conocido como el APTC) y utilizo estos fondos para la compra de un plan de salud calificado (QHP), cualquier discrepancia entre mis ingresos declarados, que se utilizaron para determinar la elegibilidad, y el monto del crédito fiscal, se conciliará con el ingreso final declarado en mis impuestos al final del año calendario. El IRS será responsable de llevar a cabo esta conciliación y cualquier discrepancia puede ocasionar un ajuste del crédito tributario, incluyendo el derecho a créditos adicionales o al reembolso de los créditos que recibo.
<input type="checkbox"/> Se me notificará el derecho a apelar las decisiones de YHI o del Departamento, y puedo comunicarme con YHI o el Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación.	<input type="checkbox"/> Si se determina que soy elegible para Medicaid, el plan en el que me inscribirán dependerá de mis necesidades individuales.
<input type="checkbox"/> Entiendo que todos los miembros adultos del hogar pueden ser responsables de pagar los beneficios si el hogar recibió beneficios a los que no tenía derecho. Esto aplica para una emisión excesiva de beneficios ocasionada por un error de la agencia, un error doméstico inadvertido y violaciones intencionales al programa. Si hay un sobrepago de beneficios a su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los SSN de adultos, puede ser referida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobros de reclamos para que se le cobre.	<input type="checkbox"/> Mi firma o la firma de mi representante autoriza a las oficinas estatales a comunicarse con las compañías de seguros relacionadas con la asistencia médica de mi hijo o mías.
<input type="checkbox"/> La información disponible a través del sistema de verificación de elegibilidad de ingresos (IEVS), y otras fuentes en línea, se utiliza y puede ser verificada a través de un tercero cuando se descubren diferencias entre el sistema y lo que usted indica. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios.	<input type="checkbox"/> Si recibo Medicaid después de los 55 años de edad, mi patrimonio puede estar sujeto a la recuperación de los gastos médicos pagados en mi nombre, y cualquier transferencia de bienes puede ser anulada por un tribunal si no recibo el valor adecuado.
	<input type="checkbox"/> Tengo derecho a elegir un médico de atención primaria de Healthy Connections para solicitar remisiones para recibir servicios, y a cambiar de médico o clínica si mis circunstancias cambian.

Firma (obligatoria)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Mi firma confirma que he leído y entendido los derechos y responsabilidades listados en esta página y lo que se requiere que indique.

Nombre en letra de molde del solicitante o representante autorizado

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del solicitante o representante autorizado

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Apéndice A

Formulario de representante autorizado

Puede autorizar a una persona de confianza, como un amigo, compañero, asistente social de un tercero o una organización, para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y representarlo en todos los asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud o información de renovación en su nombre. A esta figura se le llama "representante autorizado".

Si necesita cambiar a su representante autorizado o revocar el acceso a su información, comuníquese con YHI o con el Departamento para llenar un nuevo formulario de representante autorizado o para actualizar su información sobre quién puede tener acceso a su cuenta.

Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, debe enviar pruebas de ello, como un poder legal, junto con la solicitud.

Háblenos de usted

1. Nombre	Primer	Segundo	Apellido
2. Número de seguro social			
3. Fecha de nacimiento			

Díganos a quién desea nombrar como su representante autorizado

1. Nombre	Primer	Segundo	Apellido			
2. Relación con el solicitante						
3. Dirección de correo	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
4. Teléfono			Tipo de teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular
5. Correo electrónico						

Complete esta sección para que una organización sea su representante autorizado

1. Nombre de la organización					
2. ID de la organización (si aplica)					
3. Dirección de correo	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
4. Teléfono					
5. Correo electrónico (si aplica)					

Firma

Como representante autorizado, entiendo que estoy de acuerdo con mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por el Departamento de Salud y Bienestar. Para los programas de cuidados de la salud, entiendo que cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente use o divulgue información en violación de la sección 1411(g) de la Ley de Cuidados de la Salud Asequible estará sujeta a un sanción monetaria civil (CMP) de no más de \$25 000 como se ajusta anualmente de conformidad con la patre 102 del título 45 del CFR por persona o entidad, por uso o divulgación, de acuerdo con las bases y el proceso de imposición de penalidades civiles especificados en la sección 155.285, además de otras penalidades que puedan ser prescritas por la ley.

Nombre en letra de molde del representante autorizado (En el caso de una organización, proporcione el nombre de alguien que atestigüe los términos y condiciones de este formulario)	Firma del representante autorizado	Fecha
Nombre impreso del solicitante	Firma del solicitante	Fecha

Apéndice B

Cobertura de salud del estado de los empleadores

Complete este apéndice si alguien en el hogar tiene acceso a, o recibe actualmente, cobertura de salud del estado de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura.

Información del empleado

Nombre	Primer	Segundo	Apellido	
Número de seguro social				
Dirección	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono				
Correo electrónico				
Enumere a todas las personas que son elegibles para la cobertura de este plan				
¿Se perdió el período de inscripción abierta de su empleador y tiene que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, complete a.			
	a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? (MM/DD/AAAA):			

Información del plan de salud (el empleador debe completarla)

¿El plan cumple con la cobertura mínima esencial (MEC)*?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿El plan cumple con la norma de valor mínimo**?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a.
a. Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la cantidad de 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 de bienestar. <i>Complete esta sección para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo** ofrecido solo al empleado (no incluya planes familiares).</i>	
¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan?	\$ _____
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual

Información del empleador

Nombre de la empresa	
Teléfono	
Correo electrónico	
Nombre de la persona que completa el formulario	
¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura de salud del estado de los empleados en este trabajo (si es diferente)?	

Firma del empleador (obligatoria)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa.

Firma del empleador

Fecha

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "cobertura esencial mínima" si ofrece los beneficios esenciales de salud que se definen en la sección 1302(a) de la Ley de Atención de Salud Asequible.

**Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (sección 36B9c09209C0(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

Apéndice C

Hoja de trabajo de ingresos anuales anticipados

Complete esta hoja de trabajo si alguien en su hogar solicita la asistencia de cobertura de salud del estado (HCA). Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar la elegibilidad para el crédito fiscal por pago anticipado de primas (APTC).

Su ingreso anual anticipado (AAI) es el ingreso bruto imponible que espera recibir para el año en curso (enero-diciembre). Use las siguientes tablas para indicar el ingreso bruto (antes de impuestos) de todos los miembros de su familia para cada mes del año en curso. Si necesita ayuda para determinar a quién contar en su hogar, vea la página uno de esta solicitud. *Pida o haga una copia de esta hoja de trabajo si tiene más de dos miembros de la familia con ingresos.*

Ingresos obtenidos

Los ingresos son el dinero ganado (*salario o sueldo*) de un trabajo o de un empleo por cuenta propia (*incluyendo ser dueño de su propio negocio, hacer trabajos esporádicos, cuidar niños, recoger latas, donar plasma, etc.*). Indique cualquier ingreso de trabajo por cuenta propia como ingreso neto (*en lugar de ingreso bruto*).

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Ingresos del Seguro Social

Incluya los beneficios de Seguro Social por Incapacidad y de Seguro Social por jubilación. **NO** reste ningún pago que haga de la cantidad que le corresponde. **NO** incluya a los sobrevivientes del Seguro Social ni al ingreso suplementario del Seguro Social (*también conocido como el título XVI*).

Nombre del destinatario 1:	Ene:	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Nombre del destinatario 2:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Ingresos no derivados del trabajo

Incluya el ingreso gravable, como el alquiler, la jubilación, el desempleo y las ganancias de juegos de azar y lotería.

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 2:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 2:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Sume todas las cifras que has introducido en las tablas anteriores. Indique el total aquí: \$

Este es su ingreso anual anticipado.

Indique esta cifra en el cuadro de preguntas en la parte inferior de la **página 8** de esta solicitud.

Apéndice D

Cuéntenos de sus vehículos y cuentas bancarias

Complete este apéndice si alguien en su hogar está solicitando asistencia de seguro de salud del estado y tiene más de 65 años de edad o está incapacitado.

Vehículos de motor

Cuéntenos sobre todos los vehículos, incluyendo autos, camiones, motocicletas, remolques, botes, motos de nieve y otros vehículos recreativos que posee su hogar.

Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	
Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	
Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	
Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	

Cheques o ahorros

Cuéntenos acerca de todas las cuentas bancarias que tiene su familia.

Titular principal de la cuenta	Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera	
Número de cuenta	Saldo actual
Titular principal de la cuenta	Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera	
Número de cuenta	Saldo actual
Titular principal de la cuenta	Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera	
Número de cuenta	Saldo actual
Titular principal de la cuenta	Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera	
Número de cuenta	Saldo actual

Apéndice D continuado

Cuéntenos de sus vehículos y cuentas bancarias

Recursos

Cuéntenos sobre todos los recursos que posee su familia, incluyendo efectivo en mano, acciones, bonos, fondos mutuos, 401K, IRA, fideicomisos, CD, pólizas de seguro de vida, fondos de sepelio, etc.

Propietario		Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera		
Número de cuenta		Valor actual
Propietario		Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera		
Número de cuenta		Valor actual
Propietario		Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera		
Número de cuenta		Valor actual
Propietario		Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera		
Número de cuenta		Valor actual

Propiedad

Cuéntenos sobre todas las otras propiedades (incluyendo su casa) que sean propiedad de cualquier persona en su hogar. Esto incluye terrenos, edificios, propiedades de alquiler, etc.

Propietario		Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad		Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:	
Propietario		Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad		Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:	
Propietario		Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad		Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:	
Propietario		Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad		Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:	

Venta o transferencia de recursos y propiedad

Cuéntenos sobre las personas en su hogar que hayan vendido, transferido o regalado dinero en efectivo, propiedades, vehículos u otros activos en los últimos cinco años.

Propietario		¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado
Propietario		¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado
Propietario		¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado
Propietario		¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado
Propietario		¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado

Apéndice D continuado

Cuéntenos sobre sus gastos del hogar

Gastos de alojamiento		Cuéntenos sobre sus gastos de alojamiento. Cuando nos diga la cantidad de cada gasto, incluya solo la cantidad que USTED paga.	
Alquiler (de residencia)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:		
Nombre del propietario		Número de teléfono	
Alquiler de espacio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:		
Hipoteca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:		
¿El monto de su hipoteca incluye alguno de los siguientes gastos? <i>Si no paga un gasto de hipoteca, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en el campo de gastos.</i>	Riego	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:	
	Impuestos a la propiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:	
	Cuotas de mantenimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:	
	Seguro para propietarios de vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:	
Segunda hipoteca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:		
Marque las casillas de cada servicio público que pague y que NO esté incluido en su alquiler o hipoteca	<input type="checkbox"/> Calefacción	<input type="checkbox"/> Refrigeración	<input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Teléfono

Gastos individuales		Cuéntenos sobre cualquier gasto individual que corresponda SOLAMENTE a las personas en su hogar que tienen 65 años o más (60 si solicitan el SNAP) o están incapacitadas. Los gastos permitidos incluyen algunos gastos médicos y primas de seguro de salud privado que usted paga.	
Nombre de la persona con el gasto		Monto que paga	
Tipo de gasto		Con qué frecuencia lo paga	
Nombre de la persona con el gasto		Monto que paga	
Tipo de gasto		Con qué frecuencia lo paga	
Nombre de la persona con el gasto		Monto que paga	
Tipo de gasto		Con qué frecuencia lo paga	
Nombre de la persona con el gasto		Monto que paga	
Tipo de gasto		Con qué frecuencia lo paga	

Gastos de sostenimiento para los niños		Cuéntenos sobre cualquier gasto de sostenimiento para los niños o atrasos que usted pague a alguien que no esté en su hogar.	
Nombre de la persona con el gasto		Importe que usted paga	
¿Quién recibe el pago?		Con qué frecuencia lo paga	
Nombre de la persona con el gasto		Importe que usted paga	
¿Quién recibe el pago?		Con qué frecuencia lo paga	
Nombre de la persona con el gasto		Importe que usted paga	
¿Quién recibe el pago?		Con qué frecuencia lo paga	