

Solicitud de Seguro Médico y Asistencia Financiera

Use este formulario para solicitar:	• Planes asequibles de seguros médicos privados que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse sano • Un crédito fiscal para ayudarlo a pagar las primas de seguros médicos • 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		
Para cada persona que desee asegurar, necesitará:	• Nombres • Direcciones • Números de Seguridad Social • Fechas de nacimiento • Número de documento para inmigrantes legales		
Contáctenos para recibir ayuda:	En línea: YourHealthIdaho.org Teléfono: 1-855-944-3246 Información adicional: yourhealthidaho.org/contact-us/		
¿Por qué pedimos esta información?:	Mantenemos toda la información de manera privada y segura, tal como lo exige la ley. Pedimos esta información por unas cuantas razones: • Para averiguar para qué tipos de asistencia califica • Para determinar para cuanta asistencia califica • Para Asegurarnos que usted reciba el monto adecuado de asistencia basándonos en su situación Igualdad de oportunidades para los solicitantes 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: <table border="0"> <tr> <td> 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> 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		
¿Cómo presentar esta solicitud?	Mande su solicitud completa y firmada a: Your Health Idaho Application Team Apartado Postal 50143 Boise, Documento de Identidad 83705-0963 o por Fax: al855-944-3351		

**Si no está de acuerdo con
Una decisión relacionada
con esta solicitud:**

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.

Vaya a yourhealthidaho.org/filing-an-appeal/ para descargar el formulario de Solicitud de Apelación:

- Mande por correo electrónico el formulario completo a 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 nuestra máxima prioridad. Su información se mantendrá privada, como lo exige la ley. Sus respuestas en este formulario serán utilizadas únicamente para determinar elegibilidad para cobertura de salud. La información proporcionada en sus respuestas será verificada por medio de nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de agencias estatales y federales. Si la información no coincide, podríamos solicitar evidencia adicional. No le haremos preguntas acerca de su historial médico.

Importante:

Como parte del proceso de aplicación, podríamos obtener su información de la Oficina de Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, una agencia de informe del consumidor, y otros servicios disponibles por medio de la Central de Servicios de Datos Federales. Esta información es necesaria para verificar su capacidad de registrarse para recibir cobertura por medio de Your Health Idaho. Posteriormente, podríamos nuevamente verificar su información para asegurar que sus datos estén actualizados y le estaríamos notificando si se ha detectado algún cambio.

Si quiere saber más, diríjase a yourhealthidaho.org/privacy-policy

- ☐ Estoy de acuerdo en que mi información sea accesada y utilizada por medio de fuentes de datos para esta aplicación. Doy consentimiento a que la información de todas las personas que serán incluidas en la aplicación sea accesada y utilizada por medio de las bases de datos 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			☐ 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?	☐ Si ☐ No
Número de teléfono residencial	Extensión telefónica			
Lenguaje preferido	Hablado		Escrito	
Método de comunicación preferido	☐ Electrónicamente ☐ Correo postal			
¿Cómo desea recibir su formulario de impuestos 1095-A?	☐ Electrónicamente ☐ Correo postal			
¿Hay alguien Ayudándole con esta solicitud?	☐ Estoy llenando esta solicitud para mí y/o mi familia ☐ Un profesional certificado (corredor o ayudante) me está ayudando ☐ Un amigo o miembro de mi familia me está ayudando			
¿Le gustaría saber si puede obtener ayuda para pagar la cobertura de salud?	☐ Sí (necesitará proporcionar información sobre sus ingresos para ver si califica) ☐ 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?	☐ Si ☐ 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?	☐ Si	En caso afirmativo, escriba el nombre de la organización			
	☐ No	En caso afirmativo, escriba la el número de identidad fiscal			
☐ 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?

- ☐ Si
☐ 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. ☐ Si ☐ No	1. ¿Esta persona está buscando cobertura?	1. ☐ Si ☐ No
2.	2. Primer nombre	2.
3.	3. Segundo nombre	3.
4.	4. Apellido	4.
5.	5. Sufijo	5.
6. ☐ Masculino ☐ Femenino	6. Género	6. ☐ Masculino ☐ Femenino
7.	7. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	7.
8.	8. Parentesco con usted	8.
9. ☐ Si ☐ No	9. ¿Vive en la misma dirección que usted? En caso negativo, complete a-e	9. ☐ Si ☐ No
a.	a. Dirección	a.
b.	b. Ciudad	b.
c.	c. Estado	c.
d.	d. Código Postal	d.
e.	e. Condado	e.
10. ☐ Si ☐ No	¿Es ciudadano/a o nacional estadounidense? 10. En caso afirmativo, responda la pregunta 11 y luego pase a a 14	10. ☐ Si ☐ No
11.	11. Número de Seguridad Social	11.
12. ☐ Si ☐ No	12. ¿Esta persona es un/a ciudadano/a naturalizado/a?	12. ☐ Si ☐ No
13. ☐ Si ☐ No	13. Si no es un/a ciudadano/a ¿esta persona tiene un estatus migratorio elegible?	13. ☐ Si ☐ No
a.	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de documento de inmigración?	a.
b.	b. Número de documento de identidad	b.
14. ☐ Si ☐ No	14. ¿Es usted el cuidador principal de alguno de los niños que figuran en esta solicitud?	14. ☐ Si ☐ 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. ☐ Si ☐ No	15. ¿Es veterano/a dado/a de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas?	15. ☐ Si ☐ No
☐ Si ☐ No	¿Se determinó que esta persona no era Elegible para la cobertura de Medicaid o Your Health Idaho en los últimos 90 días?	☐ Si ☐ No
a.	a. En caso afirmativo, escriba la fecha (dd/mm/aaaa)	a.
16. ☐ Si ☐ No	16. ¿Está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 60 días?	16. ☐ Si ☐ No
a.	a. ¿Fecha de parto? (dd/mm/aaaa)	a.
b.	b. ¿Cuántos niños espera dar a luz o dio a luz?	b.
17. ☐ Si ☐ No	17. ¿Alguna vez has estado en Hogares de Crianza (Foster Care)?	☐ Si ☐ No
18. ☐ Si ☐ No	18. ¿Eres estudiante de tiempo completo?	18. ☐ Si ☐ No
19. ☐ Si ☐ No	19. ¿Tiene alguna discapacidad física o condición de salud mental que limite la capacidad de trabajar, asistir a la escuela o atender las necesidades diarias?	19. ☐ Si ☐ No
20. ☐ Si ☐ No	20. ¿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?	20. ☐ Si ☐ No
21. ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no responder	21. ¿Es de origen Hispano, Latino o Español?	21. ☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no responder
22. ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático, Hindú ☐ Negro o Africano Americano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otra asiática ☐ Otra de las islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco o caucásico ☐ Otro	22. Raza (seleccione todas las que apliquen, hasta diez)	22. ☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático, Hindú ☐ Negro o Africano Americano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otra asiática ☐ Otra de las islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco o caucásico ☐ 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. ☐ Si ☐ No	1. ¿Esta persona está buscando cobertura?	1. ☐ Si ☐ No
2.	2. Primer nombre	2.
3.	3. Segundo nombre	3.
4.	4. Apellido	4.
5.	5. Sufijo	5.
6. ☐ Masculino ☐ Femenino	6. Género	6. ☐ Masculino ☐ Femenino
7.	7. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	7.
8.	8. Parentesco con usted	8.
9. ☐ Si ☐ No	9. ¿Vive en la misma dirección que usted? En caso negativo, llene a-e	9. ☐ Si ☐ No
a.	a. Dirección	a.
b.	b. Ciudad	b.
c.	c. Estado	c.
d.	d. Código Postal	d.
e.	e. Condado	e.
10. ☐ Si ☐ No	10. ¿Es ciudadano/a o nacional estadounidense? En caso afirmativo, responda la pregunta 11 y luego pase a a 14	10. ☐ Si ☐ No
11.	11. Número de Seguridad Social	11.
12. ☐ Si ☐ No	12. ¿Esta persona es un/a ciudadano/a naturalizado/a?	12. ☐ Si ☐ No
13. ☐ Si ☐ No	13. Si no es un/a ciudadano/a ¿esta persona tiene un estatus migratorio elegible?	13. ☐ Si ☐ No
a.	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de documento de inmigración?	a.
b.	b. Número de documento de identidad	b.
14. ☐ Si ☐ No	14. ¿Es usted el cuidador principal de alguno de los niños que figuran en esta solicitud?	14. ☐ Si ☐ 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.	☐ Si ☐ No	15. ¿Es veterano/a dado/a de baja honorablemente o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas?	15.	☐ Si ☐ No
	☐ Si ☐ No	¿Se determinó que esta persona no era Elegible para la cobertura de Medicaid o Your Health Idaho en los últimos 90 días?		☐ Si ☐ No
a.	☐	a. En caso afirmativo, escriba la fecha (dd/mm/aaaa)	a.	☐ Si ☐ No
16.	☐ Si ☐ No	16. ¿Está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 60 días?	16.	☐ Si ☐ No
a.		a. ¿Fecha de parto? (dd/mm/aaaa)	a.	
b.		b. ¿Cuántos niños espera dar a luz o dio a luz?	b.	
17.	☐ Si ☐ No	17. ¿Alguna vez has estado en Hogares de Crianza (Foster Care)?	17.	☐ Si ☐ No
18.	☐ Si ☐ No	18. ¿Eres estudiante de tiempo completo?	18.	☐ Si ☐ No
19.	☐ Si ☐ No	19. ¿Tiene alguna discapacidad física o condición de salud mental que limite la capacidad de trabajar, asistir a la escuela o atender las necesidades diarias?	19.	☐ Si ☐ No
20.	☐ Si ☐ No	20. ¿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?	20.	☐ Si ☐ No
21.	☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no responder	21. ¿Es de origen Hispano, Latino o Español?	21.	☐ Si ☐ No ☐ Prefiero no responder
22.	☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático, Hindú ☐ Negro o africano Americano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otra asiática ☐ Otra de las islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco o caucásico ☐ Otro	22. Raza (seleccione todas las que apliquen, hasta diez)	22.	☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático, Hindú ☐ Negro o africano Americano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otra asiática ☐ Otra de las islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco o caucásico ☐ 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.
☐ Pensión alimenticia recibida ☐ Ganancias de capital ☐ Agricultura o pesca ☐ Inversiones ☐ Trabajo ☐ Otros ingresos (especifique abajo) 3. ☐ Pensión ☐ Alquileres o galías ☐ Jubilación ☐ Beca ☐ Trabajo independiente ☐ Beneficios del Seguro Social ☐ Desempleado/a	3. Tipo de ingreso (marque todas las casillas que correspondan)	☐ Pensión alimenticia recibida ☐ Ganancias de capital ☐ Agricultura o pesca ☐ Inversiones ☐ Trabajo ☐ Otros ingresos (especifique abajo) 3. ☐ Pensión ☐ Alquileres o galías ☐ Jubilación ☐ Beca ☐ Trabajo independiente ☐ Beneficios del Seguro Social ☐ Desempleado/a
☐ Por hora ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez	4. ¿Con qué frecuencia?	☐ Por hora ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
☐ Deudas canceladas ☐ Apoyo en efectivo ☐ Laudos judiciales a. ☐ Juegos de azar, premios o reconocimientos ☐ Pago por servicios de jurado ☐ Otro	a. Si marcó Otros Ingresos anteriormente, especifique la fuente	☐ Deudas canceladas ☐ Apoyo en efectivo ☐ Laudos judiciales a. ☐ Juegos de azar, premios o reconocimientos ☐ Pago por servicios de jurado ☐ Otro
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. ☐ Ganancia ☐ Pérdida	a. Si marcó Ganancias de capital ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	a. ☐ Ganancia ☐ Pérdida
b. ☐ Ganancia ☐ Pérdida	b. Si marcó Trabajo independiente ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	b. ☐ Ganancia ☐ Pérdida

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. ☐ Pensión alimenticia recibida ☐ Ganancias de capital ☐ Agricultura o pesca ☐ Inversiones ☐ Trabajo ☐ Otros ingresos (especifique abajo) ☐ Pensión ☐ Alquileres o galías ☐ Jubilación ☐ Beca ☐ Trabajo independiente ☐ Beneficios del Seguro Social ☐ Desempleado/a	3. Tipo de ingreso (marque todas las casillas que correspondan)	3. ☐ Pensión alimenticia recibida ☐ Ganancias de capital ☐ Agricultura o pesca ☐ Inversiones ☐ Trabajo ☐ Otros ingresos (especifique abajo) ☐ Pensión ☐ Alquileres o galías ☐ Jubilación ☐ Beca ☐ Trabajo independiente ☐ Beneficios del Seguro Social ☐ Desempleado/a
4. ☐ Por hora ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez	4. ¿Con qué frecuencia?	4. ☐ Por hora ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
a. ☐ Deudas canceladas ☐ Apoyo en efectivo ☐ Laudos judiciales ☐ Juegos de azar, premios o reconocimientos ☐ Pago por servicios de jurado ☐ Otro	a. Si marcó Otros Ingresos anteriormente, especifique la fuente	a. ☐ Deudas canceladas ☐ Apoyo en efectivo ☐ Laudos judiciales ☐ Juegos de azar, premios o reconocimientos ☐ Pago por servicios de jurado ☐ Otro
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. ☐ Ganancia ☐ Pérdida	a. Si marcó Ganancias de capital ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	a. ☐ Ganancia ☐ Pérdida
b. ☐ Ganancia ☐ Pérdida	b. Si marcó Trabajo independiente ¿el ingreso neto es ganancia o pérdida?	b. ☐ Ganancia ☐ Pérdida

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. ☐ Pensión alimenticia ☐ Intereses del préstamo estudiantil ☐ Otras deducciones	3. Tipo de deducción	3. ☐ Pensión alimenticia ☐ Intereses del préstamo estudiantil ☐ Otras deducciones
a.	a. Si marcó Otras deducciones, indique la fuente	a.
4.	4. ¿Cuál es el monto de las deducciones?	4.
5. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente	5. ¿Con qué frecuencia?	5. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente
6. ☐ Si ☐ No	6. ¿Espera que esta deducción se aplique durante todo el año?	6. ☐ Si ☐ 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. ☐ Pensión alimenticia ☐ Intereses del préstamo estudiantil ☐ Otras deducciones	3. Tipo de deducción	3. ☐ Pensión alimenticia ☐ Intereses del préstamo estudiantil ☐ Otras deducciones
a.	a. Si marcó Otras deducciones, indique la fuente	a.
4.	4. ¿Cuál es el monto de las deducciones?	4.
5. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente	5. ¿Con qué frecuencia?	5. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente
6. ☐ Si ☐ No	6. ¿Espera que esta deducción se aplique durante todo el año?	6. ☐ Si ☐ No

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.	☐ Si ☐ 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.	☐ Si ☐ No
a.	☐ CHIP ☐ Cobertura COBRA ☐ Cobertura Marketplace ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Peace Corps/Cuerpos de Paz ☐ Beneficios de salud de jubilado ☐ TRICARE ☐ Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) ☐ Otra cobertura ☐ Ninguna de las anteriores	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de cobertura tienen?	a.	☐ CHIP ☐ Cobertura COBRA ☐ Cobertura Marketplace ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Peace Corps/Cuerpos de Paz ☐ Beneficios de salud de jubilado ☐ TRICARE ☐ Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) ☐ 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.	☐ Si ☐ No	iii. Si marcó Otras coberturas ¿es ésta una cobertura de beneficios limitados?	iii.	☐ Si ☐ No
2.	☐ Si ☐ No ☐ Nunca tuve este crédito	2. ¿Concilió esta persona los Créditos Tributarios Anticipados para Primas en sus declaraciones de impuestos en años anteriores?	2.	☐ Si ☐ No Nunca tuve este crédito
3.	☐ Si ☐ 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.	☐ Si ☐ 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.	☐ Si ☐ No	e. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor ímimo?	e.	☐ Si ☐ 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.	☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez	g. ¿Con qué frecuencia se debe pagar la prima de menor costo?	g.	☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ 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. ☐ Si ☐ 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. ☐ Si ☐ No
a.	a. Nombre del Empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código postal	c.
d. ☐ Si ☐ No	d. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo?	d. ☐ Si ☐ 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. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez	f. ¿Con qué frecuencia?	f. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez
5. ☐ Si ☐ No	5. ¿Se le ofrecerá a esta persona Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA, por sus siglas en inglés) por medio de su empleo o el empleo de otro? Nada más reporta ofertas sobre esta opción entre 23 de Ago, 2024 y el 21 de Dic 21, 2024. Si respondes “Sí”, completa a-g	5. ☐ Si ☐ No
a.	a. Nombre del Empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código Postal	c.
d.	d. Número de Teléfono	d.
6. ☐ Si ☐ No	6. ¿Va esta persona optar por un plan HRA en este o en algún otro momento?	6. ☐ Si ☐ No
7. ☐ Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos Individual (Individual Health Reimbursement Arrangement, ICHRA , por sus siglas en inglés) ☐ Plan de Reembolso de Gastos de Salud Para Pequeños Empleadores (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA , por sus siglas en inglés)	7. ¿Qué tipo de HRA se ofrece?	7. ☐ Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos Individual (Individual Health Reimbursement Arrangement, ICHRA , por sus siglas en inglés) ☐ Plan de Reembolso de Gastos de Salud Para Pequeños Empleadores (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA , por sus siglas en inglés)
a.	a. ¿Cuál es el monto máximo de reembolso que su HRA ofrece?	a.
b.	b. ¿Cuándo inicia la cobertura HRA? (Mes/día /año)	b.
8. ☐ Si ☐ No	8. ¿Le gustaría a esta persona recibir ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?	8. ☐ Si ☐ No
9.	9. Haga una lista de los niños, si los hay, que actualmente tienen cobertura de salud	9.

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. ☐ Si ☐ 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. ☐ Si ☐ No
a. ☐ CHIP ☐ Cobertura COBRA ☐ Cobertura Marketplace ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Peace Corps/Cuerpos de Paz ☐ Beneficios de salud de jubilado ☐ TRICARE ☐ Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) ☐ Otra cobertura ☐ Ninguna de las anteriores	a. En caso afirmativo ¿qué tipo de cobertura tienen?	a. ☐ CHIP ☐ Cobertura COBRA ☐ Cobertura Marketplace ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Peace Corps/Cuerpos de Paz ☐ Beneficios de salud de jubilado ☐ TRICARE ☐ Programa de cuidado médico de Veterans Affairs (VA) ☐ 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. ☐ Si ☐ No	iii. Si marcó Otras coberturas ¿es ésta una cobertura de beneficios limitados?	iii. ☐ Si ☐ No
2. ☐ Si ☐ No ☐ Nunca tuve este crédito	2. ¿Concilió esta persona los Créditos Tributarios Anticipados para Primas en sus declaraciones de impuestos en años anteriores?	2. ☐ Si ☐ No ☐ Nunca tuve este crédito
3. ☐ Si ☐ 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. ☐ Si ☐ 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. ☐ Si ☐ No	e. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo?	e. ☐ Si ☐ 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. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez	g. ¿Con qué frecuencia se debe pagar la prima de menor costo?	g. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ 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. ☐ Si ☐ 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. ☐ Si ☐ No
a.	a. Nombre del Empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código postal	c.
d. ☐ Si ☐ No	d. ¿Ofrece este empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo?	d. ☐ Si ☐ 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. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente ☐ Una sola vez	f. ¿Con qué frecuencia?	f. ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente Una sola vez
5. ☐ Si ☐ No	5. ¿Se le ofrecerá a esta persona Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA, por sus siglas en inglés) por medio de su empleo o el empleo de otro? Nada más reporta ofertas sobre esta opción entre 23 de Ago, 2024 y el 21 de Dic 21, 2024. Si respondes "Sí", completa a-g	5. ☐ Si ☐ No
a.	a. Nombre del Empleador	a.
b.	b. Dirección	b.
c.	c. Ciudad, Estado, Código Postal	c.
d.	d. Número de Teléfono	d.
6. ☐ Si ☐ No	6. ¿Va esta persona optar por un plan HRA en este o en algún otro momento?	6. ☐ Si ☐ No
7. ☐ Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos Individual (Individual Health Reimbursement Arrangement, ICHRA , por sus siglas en inglés) ☐ Plan de Reembolso de Gastos de Salud Para Pequeños Empleadores (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA , por sus siglas en inglés)	7. ¿Qué tipo de HRA se ofrece?	7. ☐ Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos Individual (Individual Health Reimbursement Arrangement, ICHRA , por sus siglas en inglés) ☐ Plan de Reembolso de Gastos de Salud Para Pequeños Empleadores (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA , por sus siglas en inglés)
a.	a. ¿Cuál es el monto máximo de reembolso que su HRA ofrece?	a.
b.	b. ¿Cuándo inicia la cobertura HRA? (Mes/día /año)	b.
8. ☐ Si ☐ No	8. ¿Le gustaría a esta persona recibir ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?	8. ☐ Si ☐ No
9.	9. Haga una lista de los niños, si los hay, que actualmente tienen cobertura de salud	9.

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)?

- ☐ Si
☐ No

En caso afirmativo, indique cuáles de los solicitantes están encarcelados

En caso afirmativo ¿está esta persona pendiente de disposición?

- ☐ Si
☐ 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 cualquiera que se registre en esta aplicación en un plan ofrecido por medio del Mercado de Seguros, y que eventualmente se determine que tiene otra cobertura de salud calificada (incluyendo Medicare, Medicaid, o CHIP), Your Health Idaho va a discontinuar automáticamente la cobertura por medio del Mercado de Seguros.

- ☐ Estoy de acuerdo

Si cualquier persona en esta aplicación inicia cobertura con Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de buscar retribución económica por parte de la otra cobertura de salud, acuerdos legales, o terceros. También otorgo consentimiento a la agencia de Medicaid el derecho de obtener y recibir apoyo médico del esposo(a) o padres.

- ☐ Estoy de acuerdo

Entiendo que tengo 30 días para notificar a Your Health Idaho acerca de cualquier cambio en la información proporcionada en esta aplicación. Voy a reportar cualquier cambio dentro del periodo de tiempo establecido. Entiendo que cambios en la composición de mi hogar, residencia o dirección, o cualquier otro detalle podría afectar mi elegibilidad o la de mi familia en beneficios específicos. Entiendo que voy a notificar Your Health Idaho si la información en mi aplicación cambia.

- ☐ Estoy de acuerdo

Al escribir mi nombre en el espacio aquí proporcionado, estoy firmando esta aplicación bajo pena de perjurio, lo cual quiere decir que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo ser sujeto a penalidades bajo ley federal si intencionalmente he proporcionado información falsa.

- ☐ Estoy de acuerdo

Escriba su nombre complete legible aquí

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

Política de No Discriminación

Your Health Idaho cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables relacionadas con la determinación de elegibilidad y no discrimina por motivos de raza, color u origen nacional (incluyendo dominio limitado del inglés y lengua materna), edad, discapacidad o sexo (que incluye discriminación basada en características sexuales, incluidos rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género; y estereotipos de sexo).

Your Health Idaho proporcionará modificaciones razonables para personas con discapacidades y ayudas y servicios auxiliares apropiados, incluidos intérpretes calificados para personas con discapacidades e información en formatos alternativos, como braille o letra grande, de forma gratuita y de manera oportuna, cuando dichas modificaciones, ayudas y servicios son necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación para las personas con discapacidades;

Your Health Idaho brinda servicios de asistencia lingüística, incluyendo documentos electrónicos y escritos traducidos e interpretación oral, de forma gratuita y oportuna cuando dichos servicios son un paso razonable para brindar acceso significativo a una persona con dominio limitado del inglés;

Your Health Idaho proporciona acceso gratuito a lo siguiente:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, como TTY para texto al teléfono 1- 800-377-3529.
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el inglés. Si usted necesita de estos servicios, contacte 1- 855-944-3246.

Consistentemente con esta política, todos los empleados de Your Health Idaho son responsables de garantizar el cumplimiento de las leyes antidiscriminatorias aplicables.

Procedimiento de Queja

Si usted cree que Your Health Idaho ha fallado en proporcionar estos servicios o ha discriminado de otra manera, puede presentar una queja. Es contra de la ley que Your Health Idaho tome represalias contra cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una queja o participe en la investigación de una queja.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impide que una persona busque otros recursos legales o administrativos, incluida la presentación de una queja por discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, religión, credo o sexo (que incluye la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, religión, credo o sexo; incluyendo rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; identidad de género y estereotipos sexuales), estado civil, edad o discapacidad en el tribunal o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Requisitos de Queja:

- Las quejas deben ser presentadas al Coordinador de la Sección 1557 dentro de los 60 días posteriores a la supuesta acción discriminatoria si se presentan ante Your Health Idaho o dentro de los 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja se entera de la supuesta acción discriminatoria si se presentan ante el HHS.
- Una queja debe incluir o indicar:
 - El nombre y dirección de la persona que la presenta.
 - El problema o la acción supuestamente discriminatoria y el remedio o alivio buscado.

Métodos de Presentación

Presente una queja ante Your Health Idaho	Presente una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de Salud y Servicios Humanos (OCR)
Por correo postal: Section1557 Coordinator Your Health Idaho P.O. Box 50143 Boise ID, 83705 Por teléfono: • 1-855-944-3246 • 1-800-377-3529 (TTY) Electrónicamente: • Email: 1557_Coordinator@yourhealthidah o.org	Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 Por teléfono: • 800-368-1019 (voice) • 800-537-7697 (TDD) Electrónicamente: • https://www.hhs.gov/civil- rights/filing-a-complaint/index.html