

INSERTO DE ASISTENCIA MÉDICA PARA NIÑOS, MUJERES EMBARAZADAS Y PADRES/PARIENTES CUIDADORES

Complete este inserto para averiguar si califica para cualquiera de las siguientes opciones de cobertura médica:

- Asistencia médica disponible a través del programa Medicaid de New Hampshire;
- Planes de seguros de salud privados accesibles que ofrecen cobertura amplia para ayudarlo a mantenerse saludable; o
- Un nuevo crédito impositivo que puede ayudar a pagar inmediatamente por sus primas de cobertura médica.

NOTA: Solo debe completar este inserto si está presentando una solicitud de cobertura médica para un niño, está embarazada o es el padre, madre o pariente cuidador de un niño y desea obtener cobertura médica.

Puede usar este inserto para presentar su propia solicitud o una solicitud por alguien de su familia.

- Puede solicitar asistencia médica incluso si usted o su hijo ya cuentan con cobertura médica. Podría reunir los requisitos para obtener cobertura gratuita o de bajo costo;
- Puede presentar una solicitud si su familia incluye inmigrantes. Puede presentar una solicitud por su hijo aún si usted no califica para obtener cobertura. Presentar su solicitud no afectará su estado de inmigración ni sus probabilidades de obtener la residencia permanente o ciudadanía y
- Puede pedirle a alguien que lo ayude a completar este inserto. Si alguien lo ayuda a hacerlo, debe completar la *sección L - Declaración del representante autorizado*.

Puede presentar su solicitud en línea más rápidamente, en nheasy.nh.gov o HealthCare.gov.

Necesitará la siguiente información para completar este inserto:

- Números del seguro social (o números de documentos para inmigrantes legales que necesiten cobertura de seguro);
- Información de empleador e ingresos de todas las personas de su familia (por ejemplo: recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones de ingresos y de impuestos);
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual e
- Información sobre cualquier seguro médico vinculado al empleo que esté disponible para su familia.

Preguntamos sobre los ingresos y otra información para informarle a qué cobertura podría acceder y si puede obtener ayuda para pagarla. Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y confidencial, como lo exige la ley.

Una vez que haya completado este inserto:

- Debe entregarlo en la oficina de su distrito local junto con el Formulario 800 de DFA, *Solicitud de asistencia*.
- Si no tiene toda la información que solicitamos, presente este inserto de todos modos junto con su formulario 800 de DFA completo, *Solicitud de asistencia*. Le daremos un seguimiento en 1 a 2 semanas.
- Recibirá instrucciones sobre los siguientes pasos para completar su cobertura de salud. Si no recibe noticias nuestras en una a dos semanas, llame al 1-800-852-3345 ext. 9700.

Cómo obtener ayuda para completar este inserto:

- Por teléfono: Llamando a Servicios al cliente al 1-800- 852-3345 ext. 9700.
- En persona: En su área podría haber asesores que pueden ayudarlo. Llame al 1-800- 852-3345 ext. 9700 para obtener más información.
- En Español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-800- 852-3345 ext. 9700.

Si está presentando solicitudes en otros programas como Food Stamps (cupones de alimentos), Cash (efectivo), o Child Care (cuidados infantiles), debe completar además el formulario 800 de DFA; *Solicitud de asistencia*. También puede presentar su solicitud a estos programas en línea en www.nheasy.nh.gov.

A quién debe incluir al completar este inserto:

Infórmenos sobre todos los miembros de su familia que viven con usted. La cantidad de asistencia o tipo de programa para el que califica dependerá de la cantidad de gente que haya en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que cada uno obtenga la mejor cobertura posible. Si declara impuestos, tenemos que saber sobre cada persona en su declaración de impuestos. (No es necesario que declare impuestos para obtener cobertura médica.)

Incluya a:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos de menos de 21 años que vivan con usted
- Su pareja de hecho si tienen hijos en común o si él o ella necesita cobertura médica
- Cualquier persona que incluiría en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted
- Cualquier otra persona de menos de 21 años de quien usted cuide y viva con usted

NO tiene que incluir a:

- Su pareja de hecho que no necesita cobertura y con quien no tiene hijos en común
- Los hijos de su pareja de hecho
- Sus padres que viven con usted, pero que presentan sus propias declaraciones de impuestos (si tiene más de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan sus propias declaraciones de impuestos

SECCIÓN A – MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Complete la sección A comenzando por usted mismo y siga con su cónyuge y después cada miembro de su familia que vive con usted o que declara en su declaración de impuestos. Si tiene más de 2 miembros en el núcleo familiar, fotocopie esta página y complete la información de los miembros adicionales en la página fotocopiada. Debe incluir todas las páginas fotocopiadas con su solicitud.

Persona 1: Nombre, 2° nombre y apellido: _____ Masculino Femenino

Relación con usted: SOY YO F. de nac.: ____/____/____ SSN ____--____

¿Esta persona piensa presentar una declaración de impuestos el año que viene? S N

Si es así, ¿la presentará en conjunto con un cónyuge? S N

Nombre del cónyuge: _____

Indique los dependientes expresados en la declaración de impuestos de esta persona: _____

¿Esta persona estará incluida en la declaración de impuestos de alguien más? S N

De ser así, ¿nombre de quien declara sus impuestos? _____

¿Relación con quien presenta los impuestos? _____

¿Está embarazada? S N Si sí, ¿fecha de parto? _____/_____/_____

¿Esta persona necesita cobertura? S N (Si no, deténgase aquí)

¿Esta persona tiene alguna afección física, mental o de salud emocional que limite sus actividades? S N

¿Esta persona es ciudadana de EE.UU. o nacida en EE.UU.? S N Si no, ¿esta persona tiene un estado de inmigración que califica? S N

Tipo de documento de inmigración: _____

¿Cuántos bebés espera, si lo sabe? _____

¿Esta persona vive en un centro de cuidados de enfermería? S N

N.º de documento: _____

¿Esta persona vive en EE.UU. desde 1996? S N

¿Esta persona o el cónyuge o padres de esta persona son veteranos de combate o se encuentran en deber activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos? S N

¿Esta persona tiene alguna factura médica impaga en los últimos tres meses? S N

¿Esta persona vive con algún niño de menos de 19 años y es la principal responsable por sus cuidados? S N

¿Esta persona es estudiante de tiempo completo? S N ¿Esta persona estuvo en cuidados tutelares a los 18 años o más? S N

Persona 2: Nombre, 2° nombre y apellido: _____ Masculino Femenino

Relación con usted: _____ F. de nac.: ____/____/____ SSN ____--____

Esta persona piensa presentar una declaración de impuestos el AÑO QUE VIENE? S N

Si es así, ¿la presentará en conjunto con un cónyuge? S N

Nombre del cónyuge: _____

Indique los dependientes expresados en la declaración de impuestos de esta persona: _____

¿Esta persona estará incluida en la declaración de impuestos de alguien más? S N

De ser así, ¿nombre de quien declara sus impuestos? _____

¿Relación con quien presenta los impuestos? _____

¿Está embarazada? S N Si sí, ¿fecha de parto? _____/_____/_____

¿Esta persona necesita cobertura? S N (Si no, deténgase aquí)

¿Esta persona tiene alguna afección física, mental o de salud emocional que limite sus actividades? S N

¿Esta persona es ciudadana de EE.UU. o nacida en EE.UU.? S N Si no, ¿esta persona tiene un estado de inmigración que califica? S N

Tipo de documento de inmigración: _____

¿Cuántos bebés espera, si lo sabe? _____

¿Esta persona vive en un centro de cuidados de enfermería? S N

N.º de documento: _____

¿Esta persona vive en EE.UU. desde 1996? S N

¿Esta persona o el cónyuge o padres de esta persona son veteranos de combate o se encuentran en deber activo en las fuerzas armadas de Estados Unidos? S N

¿Esta persona tiene alguna factura médica impaga en los últimos tres meses? S N

¿Esta persona vive con algún niño de menos de 19 años y es la principal responsable por sus cuidados? S N

¿Esta persona es estudiante de tiempo completo? S N ¿Esta persona estuvo en cuidados tutelares a los 18 años o más? S N

Origen étnico (opcional)	Blanco <input type="checkbox"/>	Negro o afroamericano <input type="checkbox"/>
	Mexicano <input type="checkbox"/>	Mexicano americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/>
	Puertorriqueño <input type="checkbox"/>	Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispanico/latino <input type="checkbox"/>
	Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	Samoano <input type="checkbox"/>
	Nativo de Hawai <input type="checkbox"/>	De Guam o Chamorro <input type="checkbox"/>
	Filipino <input type="checkbox"/>	De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena asiático <input type="checkbox"/>
	Coreano <input type="checkbox"/>	Chino <input type="checkbox"/> *Vietnamita <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/>
	Otro asiático <input type="checkbox"/>	Otro: _____

SECCIÓN B - EMPLEO

Complete la **Sección B** contándonos sobre cada trabajo que haya tenido cada persona en su núcleo familiar, o incluida en sus impuestos, en el último año. Si tiene más de 2 trabajos que reportar, fotocopie esta página y complete la información de esos trabajos en la **Sección B** en la página fotocopiada. Deberá incluir las páginas con su solicitud. Si alguno es autoempleo, indique esa información en la **Sección C** a continuación, no aquí.

Trabajo 1: Nombre del empleado: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: (_____) _____ -- _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ingresos brutos/propinas (antes de las deducciones):\$ _____ por hora por semana por quincena por mes dos veces por mes por año

Promedio de horas trabajadas por SEMANA: _____

En el último año, esta persona: Cambió de trabajo dejó de trabajar comenzó a trabajar menos horas ninguna de estas

Si sus ingresos cambian de mes a mes, ingrese sus ingresos anuales a continuación:

Ingresos totales este año:\$ _____ Ingresos totales el próximo año (si cree que serán diferentes): _____

Trabajo 2: Nombre del empleado: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono: (_____) _____ -- _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ingresos brutos/propinas (antes de las deducciones):\$ _____ por hora por semana por quincena por mes dos veces por mes por año

Promedio de horas trabajadas por SEMANA: _____

En el último año, esta persona: Cambió de trabajo dejó de trabajar comenzó a trabajar menos horas ninguna de estas

Si sus ingresos cambian de mes a mes, ingrese sus ingresos anuales a continuación:

Ingresos totales este año:\$ _____ Ingresos totales el próximo año (si cree que serán diferentes):\$ _____

SECCIÓN C - AUTOEMPLEO

Complete la **Sección C** informándonos sobre personas en su núcleo familiar o que incluya en su declaración de impuestos, que hayan estado autoempleadas en el último año. Si tiene más de 2 personas autoempleadas que reportar, fotocopie esta página y complete la información de esos trabajos en la **Sección C** en la página fotocopiada. Deberá incluir las páginas con su solicitud.

Autoempleo 1: Nombre de la persona autoempleada: _____

Tipo de trabajo: _____

¿A cuánto ascenderán sus ingresos netos (ganancia menos gastos comerciales) este mes? _____

Ingresos totales este año: _____ Ingresos totales el próximo año (si cree que serán diferentes): _____

Autoempleo 2: Nombre de la persona autoempleada: _____

Tipo de trabajo: _____

¿A cuánto ascenderán sus ingresos netos (ganancia menos gastos comerciales) este mes? _____

Ingresos totales este año: _____ Ingresos totales el próximo año (si cree que serán diferentes):\$ _____

SECCIÓN D - DEDUCCIONES

Complete la **Sección D** para cada persona en su núcleo familiar, o que declare en sus impuestos, que obtenga algún tipo de deducción impositiva como manutención infantil o intereses sobre préstamos para estudiantes. Si debe reportar a más de 2 personas que presentan una declaración de impuestos y reclaman deducciones, fotocopie esta página e ingrese las deducciones de estas personas en la **Sección D** de la página fotocopiada. Deberá incluir las páginas con su solicitud.

Declarante de impuestos 1: Nombre y apellido: _____

Tipo de deducción: _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo de deducción: _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Declarante de impuestos 2: Nombre y apellido: _____

Tipo de deducción: _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo de deducción: _____ ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

SECCIÓN E – COBERTURA DE SALUD ACTUAL

Sólo tiene que responder las preguntas en la **Sección E** para las personas en esta solicitud que estén presentando la solicitud de cobertura médica, pero también aquellas que no cuenten con cobertura. Si tiene más de 2 tipos de cobertura médica adicionales que reportar, fotocopie esta página e ingrese la información de cobertura médica adicional en la **Sección E** de la página fotocopiada. Deberá incluir las páginas con su solicitud.

Cobertura médica 1: Tipo de cobertura médica: Medicaid Children's Health Insurance Program (CHIP)
 Programas de atención médica VA Cuerpo de paz Medicare TRICARE (no marcar si cuenta con atención directa de Line of Duty)
 Seguro del empleador Nombre del seguro médico: _____ Póliza N.º _____
Si este es un seguro de su empleador, ¿se trata de cobertura COBRA? Sí No ¿Es un plan de salud para jubilados? Sí No
 Otro seguro Nombre del seguro médico: _____ Póliza N.º _____
Si este es otro seguro, ¿se trata de un plan de beneficios limitados (como una póliza por accidentes en la escuela)? Sí No
Indique a todas las personas de su núcleo familiar cubiertas bajo esta cobertura médica: _____

Cobertura médica 2: Tipo de cobertura médica: Medicaid Children's Health Insurance Program (CHIP)
 Programas de atención médica VA Cuerpo de paz Medicare TRICARE (no marcar si cuenta con atención directa de Line of Duty)
 Seguro del empleador Nombre del seguro médico: _____ Póliza N.º _____
Si este es un seguro de su empleador, ¿se trata de cobertura COBRA? Sí No ¿Es un plan de salud para jubilados? Sí No
 Otro seguro Nombre del seguro médico: _____ Póliza N.º _____
Si este es otro seguro, ¿se trata de un plan de beneficios limitados (como una póliza por accidentes en la escuela)? Sí No
Indique a todas las personas de su núcleo familiar cubiertas bajo esta cobertura médica: _____

SECCIÓN F – COBERTURA MÉDICA OFRECIDA EN UN TRABAJO

Complete la Sección F si a alguna de las personas que están solicitando cobertura médica en esta solicitud se le ofrece cobertura médica en el trabajo, incluso si es a través del trabajo de alguien más (como el del cónyuge). Incluya la cobertura médica ofrecida actualmente, o que se ofrecerá en los próximos 3 meses. Lleve la Herramienta de cobertura del empleador (**Sección M**) de la última página de este inserto al empleador que ofrece la cobertura médica para que lo ayude a responder las preguntas en relación con esta sección. Sólo tiene que incluir esta página en el momento de enviar su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

Cobertura del empleador 1: Nombre de la persona a la que se ofrece cobertura médica: _____
¿Número del Seguro Social de esta persona? _____ -- _____ -- _____
Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: (_____)--____--____
Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de ID del empleador (EIN): _____
¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?

Teléfono (si es otro): (_____)--____--____ Correo electrónico: _____
Si el empleado no califica actualmente para obtener cobertura médica, ¿cuándo puede inscribirse en esta cobertura? ____/____/____
Indique los nombres de cualquier otra persona que califique para obtener cobertura de este empleo: _____

¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No
Si la persona a quien se ofrece la cobertura médica optó por el plan de menor costo únicamente para el empleado** que cumple con el estándar de valor mínimo*, ¿cuánto deberá pagar esta persona por concepto de primas? \$ _____
¿Con qué frecuencia? _____ ¿El empleador hará alguno de los siguientes cambios a los planes médicos ofrecidos para el nuevo año del plan (si se conocen)?

Dejará de ofrecer cobertura médica. Comenzará a ofrecer cobertura médica.
 Cambiará la prima al plan de menor costo únicamente para el empleado** disponible que cumpla con el estándar de valor mínimo*.
Si el empleador comienza a ofrecer cobertura médica o cambia la prima por el plan de menor costo únicamente para el empleado:
¿Cuánto sería la prima por este plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fecha del cambio: _____

*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la porción del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan es de no menos del 60% de los mismos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

**El plan de menor costo para el empleado debe reflejar el máximo descuento que esta persona recibiría si el empleador ofreciera algún programa para dejar de fumar y la persona no recibiera ningún otro descuento por programas de bienestar.

Cobertura del empleador 2: Nombre de la persona a la que se ofrece cobertura médica: _____

¿Número del Seguro Social de esta persona? _____ -- _____ -- _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: (_____)-- _____ -- _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de ID del empleador (EIN): _____

¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?

Teléfono (si es otro): (_____)-- _____ -- _____ Correo electrónico: _____

Si el empleado no califica actualmente para obtener cobertura médica, ¿cuándo puede inscribirse en esta cobertura? ____/____/____

Indique los nombres de cualquier otra persona que califique para obtener cobertura de este empleo: _____

¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No

Si la persona a quien se ofrece la cobertura médica optó por el plan de menor costo únicamente para el empleado** que cumple con el estándar de valor mínimo*, ¿cuánto deberá pagar esta persona por concepto de primas? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿El empleador hará alguno de los siguientes cambios a los planes médicos ofrecidos para el nuevo año del plan (si se conocen)?

Dejará de ofrecer cobertura médica. Comenzará a ofrecer cobertura médica.

Cambiará la prima al plan de menor costo únicamente para el empleado** disponible que cumpla con el estándar de valor mínimo*.

Si el empleador comienza a ofrecer cobertura médica o cambia la prima por el plan de menor costo únicamente para el empleado:

¿Cuánto sería la prima por este plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fecha del cambio: _____

*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la porción del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan es de no menos del 60% de los mismos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

**El plan de menor costo para el empleado debe reflejar el máximo descuento que esta persona recibiría si el empleador ofreciera algún programa para dejar de fumar y la persona no recibiera ningún otro descuento por programas de bienestar.

SECCIÓN G: Para Personas que reciben atención médica autorizada por el Mercado de Facilitación Federal (FFM)

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para ayudar a pagar por mi cobertura médica en los próximos años, acepto permitir al FFM usar la información sobre mis ingresos, incluidas mis declaraciones de impuestos. El FFM me enviará una notificación, me permitirá hacer cambios y puedo dejar de participar en cualquier momento. Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente por los siguientes:

5 años (máx.) 4 años 3 años 2 años 1 año No use la información sobre declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

SECCIÓN H - PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Comprendo que una persona que está privada de libertad (detenida o en prisión) no calificará para obtener beneficios médicos hasta ser liberada. Si incluí a esta persona en esta solicitud, debo escribir su nombre a continuación:

La siguiente persona está en prisión _____ y será liberada el _____

SECCIÓN I – TAL VEZ DEBA COMPLETAR SECCIONES ADICIONALES

- Si alguien lo ayudó a completar esta solicitud y desea que DHHS pueda hablar con esta persona en relación con su elegibilidad para obtener asistencia médica, complete la Sección L, "Declaración de representante autorizado" en la página 6.
- Si alguna persona indicada en esta solicitud es indígena americano o nativo de Alaska, deberá completar la sección K, "Indígena americano o nativo de Alaska (AI/AN)", en la página 5.
- Si tiene que obtener información médica de su empleador para completar la Sección F de este inserto, puede llevar la Sección M, "Herramienta de cobertura del empleador" a su empleador para obtener la información necesaria para completar esa sección de la solicitud. La "Herramienta de cobertura del empleador" (Sección M) no tiene por qué estar incluida en su solicitud. Está allí para que no tenga que llevar toda su solicitud a su lugar de trabajo.

SECCIÓN J – EXCLUSIVAMENTE PARA ASESORES DE SOLICITUD CERTIFICADOS, NAVEGADORES, AGENTES Y CORREDORES

Complete la Sección J si es un asesor de solicitud certificado, navegador, agente o corredor llenando esta solicitud en nombre de alguien más.

Fecha de inicio de la solicitud: ____/____/____

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo: _____

Nombre de la organización: _____ Número de ID (si corresponde): _____

SECCIÓN K – INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA (AI/AN)

Complete la Sección K si algún miembro de la familia es Indígena americano o nativo de Alaska (AI/AN). AI/AN pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribal y programas de salud indígena urbanos. Además pueden evitar el pago de la porción compartida de costos y acceder a períodos de inscripción mensuales especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia obtenga la mayor cantidad de ayuda posible. Si su núcleo familiar cuenta con más de 2 AI/AN, fotocopie esta página e ingrese a esas personas en la Sección K de la página fotocopiada. Deberá incluir las páginas con su solicitud.

Persona AI/AN 1: Nombre, 2° nombre y apellido: _____

¿Esta persona es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? S N

Si respondió que sí, nombre de la tribu:

¿Esta persona ha obtenido alguna vez servicios del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano o a través de una derivación de uno de estos programas? S N

Si no lo ha hecho, ¿Esta persona califica para obtener alguna vez servicios del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano o a través de una derivación de uno de estos programas? S N

Las siguientes fuentes de ingresos podrían no contarse para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP):

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pescadería, cesiones o regalías de tierras designadas como tierra de trust indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas).
- Dinero de la venta de cosas con significado cultural.

¿Esta persona declara ingresos de las fuentes mencionadas anteriormente en esta solicitud? S N

Si respondió que sí, ¿cuántos ingresos declaró la persona? \$ _____

¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos? _____

Persona AI/AN 2: Nombre, 2° nombre y apellido: _____

¿Esta persona es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? S N

Si respondió que sí, nombre de la tribu:

¿Esta persona ha obtenido alguna vez servicios del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano o a través de una derivación de uno de estos programas? S N

Si no lo ha hecho, ¿Esta persona califica para obtener alguna vez servicios del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o programa de salud indígena urbano o a través de una derivación de uno de estos programas? S N

Las siguientes fuentes de ingresos podrían no contarse para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP):

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pescadería, cesiones o regalías de tierras designadas como tierra de trust indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas).
- Dinero de la venta de cosas con significado cultural.

¿Esta persona declara ingresos de las fuentes mencionadas anteriormente en esta solicitud? S N

Si respondió que sí, ¿cuántos ingresos declaró la persona? \$ _____

¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos? _____

SECCIÓN L – DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Puede elegir a un representante autorizado para ayudarlo con todos o parte de los requisitos de presentar una solicitud u obtener asistencia médica. Un representante autorizado es un amigo, pariente u otra persona preocupada por su bienestar. Un representante autorizado es una persona que usted elige. No lo elegiremos por usted. La persona que elija debe aceptar ayudarlo. Una agencia no puede actuar como representante autorizado, pero una persona de una agencia sí. Un representante autorizado debe ser una persona individual.

Un representante autorizado puede completar un formulario de solicitud y otros trámites en su nombre. También puede reportar cambios en sus ingresos, recursos y otros cambios por usted. Puede recibir su tarjeta de ID de asistencia médica y otros correos de parte nuestra. Usted puede elegir lo que querría que hicieran por usted o en su nombre marcando las casillas a continuación:

DEBERES DE LOS REPRESENTANTES AUTORIZADOS

Marque las cosas que querría que el representante autorizado hiciera por usted:

- Obtener mi solicitud, formularios y otros trámites del Departamento y llenarlos por mí.
- Proporcionar al Departamento pruebas de mis ingresos, recursos y otra información del caso y reportar y verificar cambios en las circunstancias de mi caso ante el Departamento en mi nombre.
- Recibir mis notificaciones del Departamento.
- Recibir mi tarjeta de ID de asistencia médica por mí.
- Ir a mis visitas de elegibilidad por mí.
- Otra: _____

FIRMA DEL CLIENTE

Lea las siguientes declaraciones con atención. Su firma a continuación indica que ha leído y comprende estas declaraciones.

- Certifico que he leído y comprendo la información de este formulario.
- Comprendo que soy responsable por cualquier error, omisión o información imprecisa que mi representante autorizado reporte al Departamento.
- Comprendo que si mi representante autorizado usa mis beneficios sin mi autorización, el Departamento no cambiará ni volverá a emitir estos beneficios.
- Comprendo que la persona que designé como mi representante autorizado seguirá actuando en mi nombre a menos que le notifique el cambio al Departamento por escrito.

firma del cliente

Fecha

Nombre en imprenta del cliente

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del representante autorizado _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) -- ____ -- _____

Describa su relación con el representante autorizado: _____

Fecha de nacimiento del representante (Opcional) ____ -- ____ -- ____ Nombre de la agencia (si corresponde) _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Certifico que he leído y comprendo la información de este formulario. Acuerdo aceptar los deberes indicados en este formulario y comprendo lo siguiente:

- Comprendo que debo proporcionar prueba de mi identidad para actuar como Representante autorizado.
- Comprendo que si fui descalificado por una infracción a un programa, no puedo actuar como Representante autorizado a menos que no haya nadie más que pueda representar a esta persona.
- Comprendo que el Departamento tiene la autoridad para discontinuar mi capacidad de actuar como Representante autorizado si se establece que no estoy actuando en pos de los intereses del núcleo familiar al que estoy asistiendo.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Fecha

Nombre en imprenta del Representante autorizado

SECCIÓN M – HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta herramienta de la **Sección M** para ayudar a responder las preguntas de la Sección F – Atención médica ofrecida en el trabajo sobre cualquier cobertura médica ofrecida por un empleador para la que califique (incluso si proviene del trabajo de otra persona, como su padre, madre o cónyuge).

Escriba su nombre y número del Seguro Social a continuación y solicite al empleador que complete el resto del formulario.

Herramienta de
cobertura 1:

Nombre de la persona a la que se ofrece cobertura médica: _____

¿Número del Seguro Social de esta persona? _____ -- _____ -- _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: (_____)--____--____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de ID del empleador (EIN): _____

¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?

Teléfono (si es otro): (_____)--____--____ Correo electrónico: _____

Si el empleado no califica actualmente para obtener cobertura médica, ¿cuándo puede inscribirse en esta cobertura? ____/____/____

¿El empleador ofrece un plan médico que cubra al cónyuge o dependiente de un empleado? Sí No

Si respondió que sí, ¿a quién cubre el plan médico? Cónyuge Dependiente

¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No

Si la persona a quien se ofrece la cobertura médica optó por el plan de menor costo únicamente para el empleado** que cumple con el estándar de valor mínimo*, ¿cuánto deberá pagar esta persona por concepto de primas? \$ _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿El empleador hará alguno de los siguientes cambios a los planes médicos ofrecidos para el nuevo año del plan (si se conocen)?

Dejará de ofrecer cobertura médica. Comenzará a ofrecer cobertura médica.

Cambiará la prima al plan de menor costo únicamente para el empleado** disponible que cumpla con el estándar de valor mínimo*.

Si el empleador comienza a ofrecer cobertura médica o cambia la prima por el plan de menor costo únicamente para el empleado:

¿Cuánto sería la prima por este plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fecha del cambio: _____

Herramienta de
cobertura 2:

Nombre de la persona a la que se ofrece cobertura médica: _____

¿Número del Seguro Social de esta persona? _____ -- _____ -- _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del empleador: (_____)--____--____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de ID del empleador (EIN): _____

¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?

Teléfono (si es otro): (_____)--____--____ Correo electrónico: _____

Si el empleado no califica actualmente para obtener cobertura médica, ¿cuándo puede inscribirse en esta cobertura? ____/____/____

¿El empleador ofrece un plan médico que cubra al cónyuge o dependiente de un empleado? Sí No

Si respondió que sí, ¿a quién cubre el plan médico? Cónyuge Dependiente

¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No

Si la persona a quien se ofrece la cobertura médica optó por el plan de menor costo únicamente para el empleado** que cumple con el

estándar de valor mínimo*, ¿cuánto deberá pagar esta persona por concepto de primas? \$ _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿El empleador hará alguno de los siguientes cambios a los planes médicos ofrecidos para el nuevo año del plan (si se conocen)?

Dejará de ofrecer cobertura médica. Comenzará a ofrecer cobertura médica.

Cambiará la prima al plan de menor costo únicamente para el empleado** disponible que cumpla con el estándar de valor mínimo*.

Si el empleador comienza a ofrecer cobertura médica o cambia la prima por el plan de menor costo únicamente para el empleado:

¿Cuánto sería la prima por este plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fecha del cambio: _____

*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la porción del plan de los costos totales de los beneficios cubiertos por el plan es de no menos del 60% de los mismos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

**El plan de menor costo para el empleado debe reflejar el máximo descuento que esta persona recibiría si el empleador ofreciera algún programa para dejar de fumar y la persona no recibiera ningún otro descuento por programas de bienestar.