

Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos

Use esta solicitud para saber cuáles son las opciones de cobertura para las que reúne las condiciones

- Planes de seguro de salud privados asequibles que ofrecen amplia cobertura para ayudarlo a conservar la salud
- Un nuevo crédito fiscal que puede ayudar de inmediato a pagar sus primas de cobertura de salud
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)
- Puede reunir las condiciones para un programa gratuito o de bajo costo, incluso si gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4)

¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para hacer una petición para cualquier persona de su familia
- Haga la solicitud incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o gratuita
- Si es soltero, puede usar un formulario corto. Visite HealthCare.gov
- Las familias con inmigrantes pueden hacer la solicitud. Puede hacer la solicitud para su hijo aunque usted no sea elegible para recibir cobertura. La solicitud no afectará su estado migratorio ni las posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano
- Si alguien lo ayuda a llenar esta solicitud, es posible que deba completar el Apéndice C

Haga la solicitud más rápido en línea

Visite HealthCare.gov o nheasy.nh.gov.

Lo que puede necesitar para la solicitud

- Los números del seguro social (o los números de documentos para inmigrantes legales que necesiten seguro)
- Información del empleador y de los ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, recibos de pago, formularios W-2, o constancias de sueldo o extractos tributarios)
- Números de póliza de cualquier seguro de salud actual
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo a disposición de su familia

¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos sobre los ingresos y otro tipo de información para decirle para qué cobertura reúne las condiciones y si puede obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos confidencial y segura toda la información que proporcione, como lo exige la ley.**

¿Qué sucede después?

- Envíe su solicitud completa firmada a:
Central Medicaid Unit, 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301.
- **Si no tiene toda la información solicitada, firme y presente igual su solicitud.** Nos pondremos en contacto con usted en el plazo de 1-2 semanas
- Obtendrá instrucciones sobre los pasos a seguir para completar su cobertura de salud. Si no recibe noticias nuestras, visite HealthCare.gov o llame al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**. Llenar esta solicitud no significa que usted tenga que adquirir la cobertura de salud

Obtenga ayuda con esta solicitud.

- **En línea:** HealthCare.gov
- **Teléfono:** Llame al Centro de atención al cliente del DHHS al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**
- **En persona:** Puede haber consejeros en su área que pueden ayudar. Llame al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)** para obtener más información
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**

Puede llenar la solicitud para otros programas respondiendo algunas preguntas más

- Puede solicitar estos otros programas adicionales llenando el adjunto del Formulario DFA 800MA, incluido en esta solicitud. Para solicitar estos programas, debe devolver todas las páginas de esta solicitud, incluido el adjunto, a **su oficina de distrito local**.
- Asistencia médica del Programa complementario del estado (SSP): Aid to the Needy Blind (Ayuda a invidentes necesitados, ANB), Aid to permanently and Totally Disabled (Ayuda para personas con discapacidad total y permanente, APTD) y Old Age Assistance (Asistencia a ancianos, OAA)
 - Servicios de atención a largo plazo: Si vive en un centro de enfermería, o necesita servicios de atención en el hogar, podríamos ayudarlo a pagar algunos de los costos
 - Medicaid for Employed Adults with Disabilities (Adultos empleados con discapacidad) también conocido como el programa MEAD
 - Programas de Ahorros de Medicare (MSP) para ayudar con las primas de Medicare

¿Sabía que ofrecemos otras formas de ayuda?

- Lo podríamos ayudar de la siguiente manera:
- Cupones de alimentos: El Programa de Cupones de alimentos ayuda a miles de personas a comprar alimentos saludables.
 - Dinero en efectivo: Si tiene problemas para pagar sus facturas, ofrecemos ayuda de dinero en efectivo para adultos y familias que cumplan los requisitos.
 - Cuidado infantil: Si tiene problemas para pagar el cuidado infantil mientras trabaja, busca trabajo, o va a un centro educativo, es posible que podamos ayudarlo a pagar algunos de sus costos de cuidado infantil.

NO PUEDE USAR ESTA SOLICITUD PARA SOLICITAR ESTAS OTRAS FORMAS DE ASISTENCIA. Si desea solicitar cualquiera de estas otras formas de asistencia, visite www.nheasy.nh.gov para llenar la solicitud en línea, visite nuestro sitio web en www.dhhs.nh.gov/dfa/apply.htm para descargar una solicitud, o llámenos al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS).

Si SOLO desea hacer una solicitud para Medicaid o asistencia de pago federal para ayudar a pagar la cobertura de salud llene todas las páginas lo mejor que pueda. No llene otras preguntas que no entienda. Si tiene preguntas, llame a Servicios al cliente al 1-844-275-3447 O pida a la persona que le ayude con esta solicitud.

?

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al **1-800-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame **1-844-275-3447**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-844-275-3447** y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-735-2964** o **711**.

PASO 1 Cuéntenos sobre usted.

(Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto de su solicitud).

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo:

2. Dirección (Deje en blanco si no tiene)

3. Número de apartamento o suite:

4. Ciudad:

5. Estado:

6. Código postal:

7. Condado:

8. Dirección postal (si es diferente al domicilio):

9. Número de apartamento o suite:

10. Ciudad:

11. Estado:

12. Código postal:

13. Condado:

14. Número de teléfono:

()

15. Otro número de teléfono:

()

16. ¿Tiene dirección de correo electrónico? Sí No

Si es así, indique su dirección de correo electrónico: _____

17. ¿Le gustaría recibir las noticias en línea en vez de recibirlas por correo postal? Sí No

Si selecciona "sí" arriba, recibirá una carta por correo. Esta carta contendrá lo siguiente:

- información sobre el portal web sobre elegibilidad en línea de New Hampshire, NH EASY;
- pasos a seguir para establecer una cuenta NH EASY; y
- un PIN con plazo de vigencia, necesario para crear una cuenta NH EASY.

Debe crear una cuenta NH EASY para recibir sus avisos en línea. ¡También puede comprobar el estado de su solicitud y comunicar cambios a través de NH EASY!

18. Idioma oral o escrito de preferencia (si no es inglés).

PASO 2 Cuéntenos sobre su familia.

¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Cuéntenos sobre todos los miembros de la familia que viven con usted. Si usted tributa impuestos, necesitamos saber de todas las personas incluidas en su declaración fiscal. (No es necesario que tribute impuestos para obtener cobertura de salud).

TIENE QUE incluir:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja de hecho si tienen hijos en común, o si necesita cobertura de salud
- Cualquier persona incluida en su declaración fiscal, aunque no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años a su cargo y que viva con usted

NO TIENE que incluir:

- Su pareja de hecho que no necesite cobertura de salud si no tienen hijos en común
- Los hijos solteros de su pareja de hecho
- Sus padres que vivan con usted, pero presenten su propia declaración fiscal (si es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presenten su propia declaración fiscal

El monto de la asistencia o el tipo de programa para el que califique depende del número de personas de su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura posible.

Complete el paso 2 para cada persona de su familia. Comience por usted y después agregue otros adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que presente el estado inmigratorio ni el número del seguro social (SSN) de los miembros de la familia que no necesiten cobertura de salud. Mantendremos toda la información que proporcione confidencial y segura, como lo exige la ley. Usaremos la información personal únicamente para comprobar si es elegible para recibir cobertura de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame **1-844-275-3447**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-844-275-3447** y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-735-2964** o **711**.

PASO 2 PERSONA 1 (Comience por usted)

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federal si la presenta. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración fiscal, recuerde agregar a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo: _____ 2. Parentesco con usted **USTED**
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ 4. Sexo: Masculino Femenino

5. Número del seguro social (SSN) _____

Necesitamos esto si quiere recibir cobertura de salud y tiene número de seguro social. Proporcionar su SSN puede ser útil si no quiere también cobertura de salud, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para comprobar los ingresos y otra información para saber quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Planea para presentar una declaración de impuestos federal el AÑO PRÓXIMO? (Aún puede solicitar un seguro de salud, incluso si usted no presenta una declaración de impuestos federal).

SÍ. Si responde sí, conteste las preguntas a–e. **NO. Si responde no,** pase a lo pregunta d.

a. ¿Va a presentar en forma conjunta con su cónyuge? Sí No

Si responde sí, nombre de cónyuge: _____

b. ¿Reclamará por alguna persona a cargo en su declaración fiscal? Sí No

Si responde sí, indique los nombres de personas a cargo: _____

¿Alguna de estas personas a cargo vive con otra persona? Sí No

Si responde sí, indique los nombres de personas a cargo: _____

d. ¿Debe presentar una declaración de impuestos federal el año próximo? Sí No

e. ¿Será usted reclamado como persona a cargo en la declaración fiscal de otra persona? Sí No

Si responde sí, indique el nombre del tributante _____

¿Cuál es su relación con el tributante? _____

7. ¿Está embarazada? Sí No **Si responde sí,** a. ¿cuántos bebés se esperan en este embarazo? _____ b. fecha de parto _____

8. ¿Necesita cobertura de salud? (Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menores costos).

SÍ. Si responde sí, conteste todas las preguntas sí  **No. Si responde no,** pase por alto hasta las preguntas sobre los ingresos de la página 3.  Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Tiene un problema de salud física, mental o emocional que limita las actividades (como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.) o vive en un centro médico o un hogar de ancianos? Sí No

10. ¿Es usted un ciudadano o habitante de los EE.UU.? Sí No

11. Si usted no es ciudadano o habitante de los EE.UU., ¿su estado inmigratorio es elegible?

Sí. Llene el tipo de documento y el número de identificación abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de identificación del documento _____
c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No d. ¿Es usted, su cónyuge o su padre un veterano o un miembro en servicio militar activo de los EE.UU.? Sí No

12. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

13. ¿Vive con al menos un hijo menor de 19 años, y es usted la persona principal a cargo de este hijo? Sí No

14. ¿Es usted estudiante de jornada completa? Sí No 15. ¿Estaba en cuidado tutelar a los 18 años o más? Sí No

16. Si es hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda).

Mexicano Estadounidense mexicano Chicano/a Portorriqueño Cubano Otro _____

17. Raza (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda).

Blanco Coreano Japonés Nativo de Hawái Guamano o Chamorro
 Vietnamita Indio asiático Filipino Negro o afroamericano Otra islas del Pacífico
 Chino Otro asiático Samoano Indígena americano o nativo de Alaska Otro _____

? ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS). Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-844-275-3447. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-844-275-3447 y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2964 o 711.

PASO 2 PERSONA 1 (Continúe con usted)

Información actual sobre el trabajo y los ingresos

Empleado

Si usted está empleado actualmente, díganos sus ingresos. Empiece con la pregunta 18.

Desempleado

Pase a la pregunta 28.

Empleo autónomo

Pase a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador

19. Número de teléfono del empleador
() --

20. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual
\$ _____

21. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre y dirección del empleador

23. Número de teléfono del empleador
() --

24. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual
\$ _____

25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

26. **El años pasado, usted:** Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguna de estas

27. **Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes?

\$ _____

28. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que lo obtiene.

NOTA: No tiene que informarnos sobre manutención de menores, pago de veteranos, ni ingreso de seguro complementario (SSI).

Ninguno

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neto	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Alquiler/regalía	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguridad social	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Renta vitalicia/fideicomiso	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Tipo:	_____

29. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que lo obtiene.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, informarnos de ellas podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud.

NOTA: No debe incluir un costo que ya tuvo en cuenta en su respuesta al ingreso neto del empleo por cuenta propia (pregunta 27b).

Pensión alimenticia pagar \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿Frecuencia? _____
 Intereses de préstamo es \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Tipo: _____

30. **Ingreso ANUAL: Complete solo si sus ingresos cambian de un mes a otro.**

Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, pase a la siguiente persona.



Su ingreso total **este año**
\$ _____

Su ingreso total el año **próximo** (si cree que va a ser diferente)
\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS). Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-844-275-3447. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-844-275-3447 y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2964 o 711.

PASO 2 PERSONA 2

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federal si la presenta. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración fiscal, recuerde agregar a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo:	2. Parentesco con usted
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

5. Número del seguro social (SSN) _____

Necesitamos esto si quiere recibir cobertura de salud y tiene número de seguro social.

6. ¿La PERSONA 2 vive en el mismo domicilio que usted? Sí No

Si responde no, indique la dirección _____

7. ¿La PERSONA 2 planea presentar una declaración de impuestos federal el AÑO PRÓXIMO?

(Aún puede solicitar un seguro de salud, incluso si usted no presenta una declaración de impuestos federal).

SÍ. Si responde sí, conteste las preguntas a–e. **NO. Si responde no**, pase a la pregunta d.

a. ¿La PERSONA 2 presentará conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si responde sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 2 reclamará a alguna persona a cargo en su declaración fiscal? Sí No

Si responde sí, indique los nombres de las personas a cargo: _____

¿Alguna de estas personas a cargo vive con otra persona? Sí No

Si responde sí, indique los nombres de las personas a cargo: _____

d. ¿Debe presentar una declaración de impuestos federal el año próximo? Sí No

e. ¿La PERSONA 2 se va a reclamar como persona a cargo en la declaración fiscal de otra persona? Sí No

Si responde sí, indique el nombre del contribuyente: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el contribuyente? _____

8. ¿La PERSONA 2 está embarazada? Sí No **Si responde sí**, a. ¿cuántos bebés se esperan en este embarazo? _____ b. fecha de parto _____

9. ¿La PERSONA 2 necesita cobertura de salud? (Incluso si tienen seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menores costos).

Si responde sí, conteste todas las preguntas sig.



Si responde no, pase por alto hasta las preguntas sobre los ingresos de la página 5.



Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿La PERSONA 2 tiene un problema de salud física, mental o emocional que limita las actividades (como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.) o vive en un centro médico o en un hogar de ancianos? Sí No

11. ¿La PERSONA 2 es ciudadano o habitante de los EE.UU.? Sí No

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadano o habitante de los EE.UU.**, ¿su estado inmigratorio es elegible?

Sí. Llene su tipo de documento y el número de identificación abajo.

a. Tipo de documento _____

b. Número de identificación documento _____

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es la PERSONA 2 o su cónyuge o padre un veterano o un miembro en servicio militar activo de los EE.UU.? Sí No

13. ¿La PERSONA 2 quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

14. ¿La persona 2 vive con al menos un hijo menor de 19 años, y es la persona principal a cargo de este hijo? Sí No

15. ¿Estaba en cuidado tutelar a los 18 años o más? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 es menor de 22 años:

16. ¿La PERSONA 2 tenía seguro por un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

a. **Si respondió sí**, fecha de finalización: _____

b. Motivo de la terminación del seguro: _____

17. ¿La Persona 2 es un estudiante de jornada completa? Sí No

18. **Si es hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda).**

Mexicano Estadounidense mexicano Chicano/a Portorriqueño Cubano Otro _____

19. **Raza (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda).**

Blanco Coreano Japonés Nativo de Hawái Guamano o Chamorro
 Vietnamita Indio asiático Filipino Negro o afroamericano Otra islas del Pacífico
 Chino Otro asiático Samoano Indígena americano o nativo de Alaska Otro _____

Ahora, infórmenos de los ingresos de la PERSONA 2 al dorso.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llámenos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-844-275-3447**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-844-275-3447** y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-735-2964** o **711**.

PASO 2 PERSONA 2

Información actual sobre el trabajo y los ingresos

Empleado

Si usted está empleado actualmente, díganos sus ingresos. Empezee con la pregunta 20.

Desempleado

Pase a la pregunta 30.

Empleo por cuenta propia

Pase a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador

21. Número de teléfono del empleador
() --

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador

25. Número de teléfono del empleador
() --

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. **El año pasado, la PERSONA 2:** Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguna de estas

29. **Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que lo obtiene.

NOTA: No tiene que informarnos sobre manutención de menores, pago de veteranos, ni ingreso de seguro complementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Agricultura/pesca neto \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Alquiler/regalía \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Seguridad social \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Renta vitalicia/fideicomiti: \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Jubilación \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Otros ingresos \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Pensión alimenticia \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Tipo: _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que lo obtiene.

Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, informarnos de ellas podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud.

NOTA: No debe incluir un costo que ya tuvo en cuenta en su respuesta al ingreso neto del empleo por cuenta propia (pregunta 27b).

Pensión alimenticia pagar \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Intereses de préstamo es \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Tipo: _____

32. **Ingreso ANUAL: Complete solo si los ingresos de la PERSONA 2 cambian de un mes a otro.**

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 2, pase a la siguiente persona.

Ingresos totales de la PERSONA 2 **este año**

\$ _____

Ingresos totales de la PERSONA 2 el año **próximo** (si cree que va a ser difer

\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS). Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-844-275-3447. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-844-275-3447 y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2964 o 711.

PASO 2 PERSONA 3

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federal si la presenta. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración fiscal, recuerde agregar a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo: _____	2. Parentesco con usted _____
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	4. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

5. Número del seguro social (SSN) _____

Necesitamos esto si quiere recibir cobertura de salud y tiene número de seguro social.

6. ¿La PERSONA 3 vive en el mismo domicilio que usted? Sí No

Si responde no,
indique la dirección _____

7. ¿La PERSONA 3 planea presentar una declaración de impuestos federal el AÑO PRÓXIMO? (Aún puede solicitar un seguro de salud, incluso si usted no presenta una declaración de impuestos federal).

SÍ. Si responde sí, conteste las preguntas a–e. **NO. Si responde no,** pase a la pregunta d.

a. ¿La PERSONA 3 presentará conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si responde sí, nombre de cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 3 reclamará a alguna persona a cargo en su declaración fiscal? Sí No

¿Alguna de estas personas a cargo vive con otra persona? Sí No

Si responde sí, indique los nombres de personas a cargo: _____

d. ¿Debe presentar una declaración de impuestos federal el año próximo? Sí No

Si responde sí, indique los nombres de personas a cargo: _____

e. ¿La PERSONA 3 se va a reclamar como persona a cargo en la declaración fiscal de otra persona? Sí No

Si responde sí, indique el nombre del tributante: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 3 con el tributante? _____

8. ¿La PERSONA 3 está embarazada? Sí No **Si responde sí,** a. ¿cuántos bebés se esperan en este embarazo? _____ b. fecha de parto: _____

9. ¿La PERSONA 3 necesita cobertura de salud? (Incluso si tienen seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menores costos).

Si responde sí, conteste todas las preguntas siguientes. **Si responde no,** pase por alto hasta las preguntas sobre los ingresos de la página 7. Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿La PERSONA 3 tiene un problema de salud física, mental o emocional que limita las actividades (como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.) o vive en un centro médico o en un hogar de ancianos? Sí No

11. ¿La PERSONA 3 es ciudadano o habitante de los EE.UU.? Sí No

12. **Si la PERSONA 3 no es ciudadano o habitante de los EE.UU.,** ¿su estado migratorio es elegible?

Sí. Llene su tipo de documento y el número de identificación abajo.

a. Tipo de documento _____	b. Número de identificación de documento _____
c. ¿La PERSONA 3 ha vivido en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿Es la PERSONA 3 o su cónyuge o padre un veterano o un miembro en servicio militar activo de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

13. ¿La PERSONA 3 quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

14. ¿La PERSONA 3 vive con al menos un hijo menor de 19 años, y es la persona principal a cargo de este hijo? Sí No

15. ¿La PERSONA 3 estaba en cuidado tutelar a los 18 años o más? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 3 es menor de 22 años:

16. ¿La PERSONA 3 tenía seguro por un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

a. **Si respondió sí,** fecha de finalización: _____ b. Motivo de la terminación del seguro: _____

17. ¿La PERSONA 3 es un estudiante de jornada completa? Sí No

18. **Si es hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda).**

Mexicano Estadounidense mexicano Chicano/a Portorriqueño Cubano Otro _____

19. **Raza (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda).**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Guamano o Chamorro
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Otra islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otro asiático	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro _____

Ahora, infórmenos de los ingresos de la PERSONA 3 al dorso. →



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llámenos al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS). Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-844-275-3447. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-844-275-3447 y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2964 o 711.

PASO 2 PERSONA 3

Información actual sobre el trabajo y los ingresos

Empleado

Si usted está empleado actualmente, díganos sus ingresos. Empiece con la pregunta 20.

Desempleado

Pase a la pregunta 30.

Empleo por cuenta propia

Pase a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador

21. Número de teléfono del empleador
() --

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual
\$ _____

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

24. Nombre y dirección del empleador

25. Número de teléfono del empleador
() --

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual
\$ _____

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. **El año pasado, la PERSONA 3:** Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguna de estas

29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. OTROS INGRESOS ESTE MES: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que lo obtiene.

NOTA: No tiene que informarnos sobre manutención de menores, pago de veteranos, ni ingreso de seguro complementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Agricultura/pesca net \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Alquiler/regalía \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Seguridad social \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Renta vitalicia/fideicomm \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Jubilación \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Otros ingresos \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Pensión alimenticia \$ _____ ¿Frecuencia? _____

31. DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que lo obtiene.

Si la PERSONA 3 paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, informarnos de ellas podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya tuvo en cuenta en su respuesta al ingreso neto del empleo por cuenta propia (pregunta 27b).

Pensión alimenticia pa \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Intereses de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Tipo: _____

32. Ingreso ANUAL: Complete solo si los ingresos de la PERSONA 3 cambian de un mes a otro.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 3, pase al paso 3.

Ingresos totales de la PERSONA 3 **este año**

\$ _____

Ingresos totales de la PERSONA 3 el año **próximo** (si cree que va a ser diferente)

\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 3.

Si tiene más que incluir a más de tres personas, haga una copia del paso 2: Persona 3 (páginas 6 y 7) y responda las preguntas sobre esas personas.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS). Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-844-275-3447. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-844-275-3447 y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2964 o 711.

PASO 3 Miembro(s) de la familia indígena(s) americano(s) o nativo(s) de Alaska (IA/NA)

1. ¿Es usted o alguien de su familia Indígena americano o nativo de Alaska?

Si responde **No**, siga al paso 4.

Sí. Si responde Sí, siga al Apéndice B

PASO 4 Cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

1. ¿Actualmente hay alguien afiliado a la cobertura de salud de los siguientes?

SÍ. Sí. Si responde sí, compruebe el tipo de cobertura y escriba el nombre de la(s) persona(s) a continuación de la cobertura que tiene
 NO.

Medicaid _____ Seguro del empleador _____

CHIP _____ Nombre del seguro de salud: _____

Medicare _____ Número de póliza: _____

TRICARE (no marque si tiene atención directa de Line of Duty) _____ ¿Esta es la cobertura de COBRA? Sí No

_____ ¿Es este un plan de salud de jubilados? Sí No

Programas de atención médica VA _____ Otro

Peace Corps _____ Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?

Sí No

2. ¿Alguno de los nombrados en esta solicitud ofreció cobertura de salud de un trabajo? Marque sí incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge.

SÍ. Si responde sí, deberá completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan de beneficios de empleados estatales? Sí No

NO. Si responde no, siga al paso 5.

Declaración de divulgación de la PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-XXXX. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en [indicar hora (horas o minutos)] en promedio por respuesta, que incluye el tiempo para examinar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llámenos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-844-275-3447**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-844-275-3447** y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-735-2964** o **711**.

PASO 5 **Lea y firme esta solicitud.**

- Firmo esta solicitud bajo penalización por perjurio, que significa que he respondido con la verdad a todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo ser objeto de sanciones en virtud de la ley federal si proporciono información errónea o falsa.
- Sé que debo informar al Mercado de Seguros de Salud o la agencia Medicaid si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar HealthCare.gov o llamar al 1-877-464-2447 para comunicar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi familia.
- Sé que en virtud de la ley federal, no se permite la discriminación en función de la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad de género ni la discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación, en el sitio web www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que ninguno de los que solicitan seguro de salud en esta solicitud está encarcelado (detenido o en prisión). Si incluí a una persona que está encarcelada, entiendo que esta persona no será elegible para recibir beneficios de salud hasta que sea liberada.

La persona siguiente está encarcelada _____ **y será liberada** _____

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si usted decide solicitarla. Comprobaremos sus respuestas mediante la información de nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, y /o una agencia de informes al consumidor. Si la información no coincide, podemos pedirle que nos envíe pruebas.

Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los próximos años, acepto permitir que el Mercado use los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones fiscales. El Mercado me enviará una notificación, me permitirá hacer cambios, y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Sí, renuevo mi elegibilidad automáticamente para los próximos

5 años (el número máximo de años permitidos), o por un número menor de años:

4 años 3 años 2 años 1 año No usar la información de las declaraciones fiscales para renovar mi cobertura.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Otorgo a la agencia de Medicaid nuestros derechos para recabar y obtener dinero de otro seguro de salud, acuerdos legales, o de otros terceros. También otorgo a la agencia de Medicaid los derechos para buscar y obtener manutención médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre que vive fuera de la casa? Sí No
- Si es así, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica de un padre ausente. Si pienso que la cooperación para cobrar la manutención médica me afectará a mí o mis hijos, puedo informar a Medicaid y puedo no tener que cooperar.
- Entiendo que, si estoy en un hogar de ancianos, el DHHS debe poder intercambiar información sobre elegibilidad con el hogar de ancianos para administrar mejor el programa. Mi firma a continuación autoriza ese intercambio y sigue vigente durante el tiempo que reciba ayuda del DHHS para mi atención en el hogar de ancianos.
- Entiendo que para los servicios de cuidado a largo plazo (hogar de ancianos y cuidado comunitario), estoy obligado a manifestar al DHHS mi interés o el de mi cónyuge en una renta vitalicia.
- Entiendo que si mi cónyuge o yo solicitamos servicios de cuidado a largo plazo, cualquier renta vitalicia que mi cónyuge o yo hayamos adquirido o modificado a partir del 8 de febrero de 2006 inclusive, se considerará una transferencia de bienes por menos del valor razonable de mercado, a menos que se nombre al Estado beneficiario de por lo menos el monto de Medicaid pagado por los servicios de cuidado a largo plazo.
- Entiendo que la información que proporcioné será verificada por contactos colaterales y/o funcionarios federales, estatales y locales, y que si se determina que dicha información es incorrecta o falsa, o que he ocultado deliberadamente información relacionada con la recepción de asistencia, actualmente o en el futuro, podría perder mis beneficios y ser procesado por fraude.
- Entiendo que mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza al DHSS a verificar que cualquier persona en mi grupo de asistencia (AG, por sus siglas en inglés) o yo cumplimos los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia, y autoriza la divulgación de dicha información al DHSS. Mi autorización para divulgar información al DHSS sigue vigente durante el tiempo que yo o alguien de mi AG reciba cualquier tipo de ayuda del DHHS.
- Entiendo que mi firma a continuación y/o en la solicitud autoriza al DHSS y a cualquier tercero contratado a verificar mis ingresos, identidad y bienes, y los ingresos, identidad y bienes de cualquier otra persona cuyos ingresos, identidad y bienes sean necesarios para determinar la elegibilidad para la asistencia que solicito. No otorgar o revocar el permiso para llevar a cabo estas verificaciones dará como resultado la denegación o terminación de la asistencia.

Mi derecho a interponer recurso de apelación

Si creo que el Mercado de Seguros de Salud o DHHS ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el Mercado de Seguros de Salud o DHHS que creo que la medida es equivocada, y solicitar una apelación administrativa de la medida. Sé que puedo averiguar cómo apelar poniéndome en contacto con el Mercado en el **1-800-318-2596** o con el DHHS al **(603) 271-4292**. Sé que en el proceso me puede representar alguien que no sea yo. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Firme esta solicitud. La persona que llenó el paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado puede firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C. Su firma a continuación certifica, bajo pena de perjurio, que ha examinado la información en esta solicitud, inclusive cualquier información indicada en los anexos y adjunto, y es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

PASO 6 Envíe por correo la solicitud completa.

Envíe por correo su solicitud firmada a la CMU:

Unidad Central de Medicaid (CMU)
129 Pleasant Street
Concord NH 03301

Envíe por fax su solicitud firmada a la CMU:

(603) 271-8604

Retire su solicitud de Servicios al Cliente:

(603) 271-9700 o a la línea gratuita
1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)

Si desea hacer seguimiento de una solicitud que se ha enviado por correo o por fax a CMU, puede llamar al (603) 271-9729 o al número gratuito 1-877-464-2447.

Si usted está llenando el adjunto del Formulario DFA 800MA, debe enviar todas las páginas de esta solicitud, inclusive el adjunto, a su oficina de distrito local.

APÉNDICE A

Cobertura de salud de los empleos

Usted **NO** está obligado a responder estas preguntas a menos que alguien de su familia sea elegible para la cobertura de salud de un empleo.

Adjunte una copia de esta página para cada puesto de trabajo que ofrece cobertura.

Cuéntenos sobre el **empleo** que ofrece cobertura.

Lleve la Herramienta de cobertura del empleador de la página siguiente al empleador que ofrece cobertura como ayuda para responder estas preguntas. Solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número del seguro social del empleado ----
--	--

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN) ----
-------------------------	---

5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador () --
----------------------------	---

7. Ciudad:	8. Estado:	9. Código postal:
------------	------------	-------------------

10. ¿Con quién podemos comunicarnos respecto a la cobertura de salud de los empleados en este empleo?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) () --	12. Dirección de correo electrónico
--	-------------------------------------

13. ¿Es usted elegible actualmente para la cobertura que ofrece este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuación)

13a. Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo se puede inscribir en la cobertura? _____ mm/dd/aaaa
Indique los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este empleo.

No (Deténgase aquí y siga al paso 5 en la solicitud) Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Cuéntenos sobre el **plan de salud** que ofrece este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido **solo para el empleado** (no se incluyen planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para todos los programas para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Ver la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Fecha de cambio (mm/dd/aaaa) _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan de los costos totales de beneficios cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código Tributario Federal de 1986)

HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta herramienta como ayuda para responder las preguntas del Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud del empleador para la que sea elegible (incluso si es del empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información de las casillas numeradas a continuación coincide con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe coincidir con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y el número del seguro social en las casillas 1 y 2, y pida al empleador que llene el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura de salud.

Información del EMPLEADO

El **empleado** debe completar esta sección.

1. Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número del seguro social del empleado ----- -----
--	--

Información del EMPLEADOR

Pida al **empleador** esta información.

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN) ----- -----	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador () --	
7. Ciudad:	8. Estado:	9. Código postal:
10. ¿Con quién podemos comunicarnos respecto a la cobertura de salud de los empleados en este empleo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) () --	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿El empleado es elegible actualmente para la cobertura que ofrece este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuación)

13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? _____
mm/dd/aaaa

No (Deténgase y devuelva este formulario al empleado)

Cuéntenos sobre el **plan de salud** que ofrece este empleador.

¿El empleador ofrece un plan de salud que cubre al cónyuge o a la persona a cargo del empleado?

Sí. ¿Qué persona? Cónyuge persona(s) a cargo

No

(Pase a la pregunta 14).

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo **?

Sí (Pase a la pregunta 15) No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido **solo para el empleado** (no se incluyen planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para todos los programas para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Si el año del plan finalizará pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Ver la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Fecha de cambio (mm/dd/aaaa) _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan de los costos totales de beneficios cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código Tributario Federal de 1986)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite HealthCare.gov o llámenos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-844-275-3447**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-844-275-3447** y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-735-2964** o **711**.

APÉNDICE B

Familiar de indígena americano o nativo de Alaska (IA/NA)

Complete este apéndice si usted o su familiar es indígena americano o nativo de Alaska. Presente esto con su solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos.

Cuéntenos sobre su(s) familiar(es) indígena(s) americano(s) o nativo(s) de Alaska.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de Indian Health Services, programas de salud tribales o programas de salud indígenas urbanos. También puede que no tengan que pagar costos compartidos y puedan obtener períodos de inscripción mensual especial. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible.

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

	PERSONA 1 IA/NA		PERSONA 2 IA/NA	
1. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Primero	segundo	Primero	segundo
	Apellido		Apellido	
2. ¿Pertenece a una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí Si responde sí, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí Si responde sí, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Esta persona ha recibido alguna vez servicio de Indian Health Service, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de una remisión de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde no, ¿esta persona es elegible para recibir servicios de Indian Health Service, programas de salud tribal o programas de salud indígena urbanos, o a través de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde no, ¿esta persona es elegible para recibir servicios de Indian Health Service, programas de salud tribal o programas de salud indígena urbanos, o a través de una remisión de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Parte del dinero recibido no se podrá tener en cuenta para Medicaid ni para el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP). Indique todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud, que incluye el dinero de estas fuentes:	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____		\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provengan de la explotación de recursos naturales, derechos de uso, arrendamiento, o regalías • Pagos provenientes de la explotación de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de las tierras consideradas como fideicomiso de tierras indígenas por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas) • Dinero de la venta de cosas con valor cultural 				



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llámenos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS)**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-844-275-3447**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-844-275-3447** y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-735-2964** o 711.

APÉNDICE C

Declaración del representante autorizado

Puede elegir un representante autorizado para que lo ayude con una parte o todos los requisitos de la solicitud o para recibir asistencia médica. Un representante autorizado es un amigo, un pariente u otra persona que se preocupa por su bienestar. Un representante autorizado es una persona que usted elija. No elegiremos una por usted. La persona que elija debe aceptar ayudarle. Una agencia no puede actuar como un representante autorizado, pero una persona de una agencia sí puede. Un representante autorizado debe ser una persona específica.

Un representante autorizado puede llenar un formulario de solicitud y otros documentos por usted. También puede informar sobre modificaciones en sus ingresos, recursos y otros cambios por usted. Puede recibir su tarjeta de identificación de asistencia médica y otra correspondencia de nosotros. Usted elige lo que quisiera que hicieran por usted o en su nombre marcando las casillas que aparecen a continuación.

OBLIGACIONES DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Marque las cosas que desea que el representante autorizado haga por usted:

- Obtener mi solicitud, formularios y otros documentos del Departamento, y llenar esos formularios por mí.
- Suministrar al Departamento comprobantes de mis ingresos, recursos, y otra información del caso e informar y verificar los cambios en las circunstancias de mi caso al Departamento por mí.
- Recibir mis avisos del Departamento.
- Recibir mi tarjeta de identificación de asistencia médica por mí.
- Solicitar un recurso contencioso administrativo por mí.
- Representarme en un recurso contencioso administrativo si decido que quiero uno.
- Ir a mis entrevistas de elegibilidad en mi lugar.
- Hablar con mi administradora de servicios de salud (Managed Care Organization, MCO) o plan de seguro médico calificado (Qualified Health Plan, QHP) por mí.
- Otra: _____

FIRMA DEL CLIENTE:

Lea atentamente las siguientes declaraciones. Su firma a continuación significa que ha leído y comprendido estas declaraciones.

- **Certifico que** he leído y entendido la información de este formulario.
- **Comprendo que soy** responsable de los errores, omisiones o inexactitudes en la información que mi representante autorizado comunique a la Oficina del Distrito.
- **Comprendo que si mi** representante autorizado utiliza mis beneficios sin mi permiso, estos beneficios no serán restituidos ni reexpedidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- **Comprendo** que la persona a la que nombro como mi representante autorizado seguirá representándome hasta que yo o mi representante autorizado (RA) informe de un cambio al Departamento.

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de imprenta del cliente



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llámenos al 1-844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS). Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-844-275-3447. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-844-275-3447 y diga al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin ningún costo para usted. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2964 o 711.

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Díganos el nombre, la dirección y el número de teléfono de su representante autorizado. Escriba claramente en letra de imprenta.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad:	5. Estado:	6. Código postal:
7. Número de teléfono: ()		
8. Describa su relación con el representante autorizado.		9. Fecha de nacimiento (opcional)
10. Nombre de la agencia (si procede)		

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Certifico que he leído y entiendo la información de este formulario. Estoy de acuerdo en aceptar las obligaciones indicadas en este formulario y comprendo lo siguiente:

- **Comprendo** que debo dar prueba de mi identidad para actuar como representante autorizado.
- **Comprendo que si** fui descalificado por la infracción a un programa, no puedo actuar como representante autorizado a menos que no haya ninguna otra persona adecuada para representar a esta persona.
- Acepto actuar como RA del cliente mencionado en este formulario o hasta que el cliente informe de un cambio al DHHS.

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de **imprenta** del representante autorizado

SOLO PARA ASESORES DE SOLICITUDES CERTIFICADOS, ORIENTADORES, AGENTES E INTERMEDIARIOS.

Complete esta sección si usted es un asesor de solicitudes certificado, orientador, agente o intermediario que llena esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (dd/mm/aaaa)

2. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo:	
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (si procede)

Información complementaria solicitada para determinar la elegibilidad para otra ayuda o servicios médicos

Si llenó el formulario DFA 800MA, *Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos*, y es ciego, discapacitado, mayor de 65 años, está en un centro de enfermería, necesita servicios de atención en el hogar, o necesita ayuda para pagar la prima de Medicare, debe responder las siguientes preguntas y devolver este formulario, junto con el formulario DFA 800MA, a la oficina de distrito local. Debe responder las preguntas de este formulario si alguna persona indicada en el formulario DFA 800MA quisiera solicitar cualquiera de los programas o servicios siguientes:

- Asistencia médica del Programa complementario del estado (SSP): Aid to the Needy Blind (Ayuda a invidentes necesitados, ANB), Aid to permanently and Totally Disabled (Ayuda para personas con discapacidad total y permanente, APTD) y Old Age Assistance (Asistencia a ancianos, OAA)
- Home and Community-Based Care (HCBC) Services (Servicios de atención comunitaria y en el hogar)
- Nursing Facility (NF) Services (Servicios de centro de enfermería)
- Medicaid for Employed Adults with Disabilities (Medicaid para adultos con discapacidades empleados, MEAD)
- Programas de Ahorros de Medicare (MSP) (ayudan con las primas de Medicare)

Tiene que llenar este formulario y el formulario DFA 800A, tener una entrevista y darnos prueba de sus circunstancias familiares para completar el proceso de solicitud de los programas o servicios mencionados. Lea todas las preguntas a continuación y respóndalas lo mejor que pueda. **No responda nada que no entienda.** Díganos si necesita ayuda para llenar este formulario. Si tiene más de dos personas indicadas en el formulario DFA 800MA que necesiten los programas o servicios anteriores, debe hacer una copia de esta hoja y responder estas preguntas por estas personas también. Debe devolver ese documento, junto con este formulario y el formulario DFA 800MA firmado a su oficina de distrito local.

Se ofrece Medicaid de emergencia a determinadas personas que no sean ciudadanos, sin importar su estado inmigratorio, para cubrir temporalmente algunos servicios de emergencia, que incluyen el parto y alumbramiento. Para solicitar Medicaid de emergencia no es necesario presentar los SSN. Sin embargo, debe dar un SSN para solicitar cualquiera de los otros programas o servicios enumerados anteriormente.

La oficina de distrito determina si una persona que no es un ciudadano cumple con los requisitos de una de las categorías de elegibilidad de Medicaid y la Oficina de Políticas Comerciales de Medicaid (OMBP) determina si la persona no ciudadana tiene una afección que cumple con la definición de una situación de emergencia.

Cuéntenos sobre todas las personas que figuran en el formulario DFA 800MA que necesiten los programas o servicios anteriores:

Persona 1 Esta persona no tiene que ser la misma persona que la "Persona 1" indicada en el formulario DFA 800MA

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido _____

2. ¿Cuál es la residencia actual de esta persona? Su propio hogar Centro de enfermería Hospital Hogar familiar de adultos
 Centro de atención residencial Centro tutelado Hotel/Motel Viviendas grupales Sin hogar Otro

3. ¿Qué tipo de asistencia desea solicitar esta persona? Asistencia médica NF HCBC MSP

4. ¿Esta persona recibe actualmente Medicaid de otro estado? Sí No Si es así, ¿de qué estado? _____

5. Si esta persona está en un centro de enfermería ¿cuál es el nombre del centro? _____

6. ¿Esta persona es ciega? Sí No 7. ¿Esta persona tiene una discapacidad física o mental? Sí No

8. ¿Esta persona tiene más de 65 años? Sí No 9. ¿Esta persona tiene Medicare A o B? Sí No

10. Marque cada recurso que tenga la persona e indique el valor

<input type="checkbox"/> Cuenta corriente	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Fideicomisos:	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ahorros	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Acciones/bonos	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Certificados de depósito	¿Cuánto vale el CD?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro de vida:	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otra cuenta bancaria	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Rentas vitalicias	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cuentas IRA/401K	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Cualquier otro activo	¿Cuál es el valor total?	\$ _____

11. ¿Esta persona espera algún cambio en el monto de los recursos en un futuro próximo? Sí No

12. ¿Ha vendido o transferido propiedades en los últimos 5 años? Sí No

13. ¿Esta persona incurrió en algún gasto médico? Sí No Si responde sí, ¿cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

14. ¿Esta persona está obligada al pago de pensión alimenticia o manutención? Sí No Si responde sí, ¿cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Persona 2 Esta persona no tiene que ser la misma persona que la "Persona 2" indicada en el formulario DFA 800MA

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido

2. ¿Cuál es la residencia actual de esta persona? Su propio hogar Centro de enfermería Hospital Hogar familiar de adultos
 Centro de atención residencial Centro tutelado Hotel/Motel Viviendas grupales Sin hogar Otro

3. ¿Qué tipo de asistencia desea solicitar esta persona? Asistencia médica NF HCBC MSP

4. ¿Esta persona recibe actualmente Medicaid de otro estado? Sí No Si es así, ¿de qué estado? _____

5. Si esta persona está en un centro de enfermería ¿cuál es el nombre del centro? _____

6. ¿Esta persona es ciega? Sí No 7. ¿Esta persona tiene una discapacidad física o mental? Sí No

8. ¿Esta persona tiene más de 65 años? Sí No 9. ¿Esta persona tiene Medicare A o B? Sí No

10. Marque cada recurso que tenga la persona e indique el valor

<input type="checkbox"/> Cuenta corriente	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Fideicomisos:	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ahorros	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Acciones/bonos	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Certificados de depósito	¿Cuánto vale el CD?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Seguro de vida:	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otra cuenta bancaria	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Rentas vitalicias	¿Cuál es el valor total?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Cuentas IRA/401K	¿Cuánto dinero hay en la cuenta?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Cualquier otro activo	¿Cuál es el valor total?	\$ _____

11. ¿Esta persona espera algún cambio en el monto de los recursos en un futuro próximo? Sí No

12. ¿Ha vendido o transferido propiedades en los últimos 5 años? Sí No

13. ¿Esta persona incurrió en algún gasto médico? Sí No Si responde sí, ¿cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

14. ¿Esta persona está obligada al pago de pensión alimenticia o manutención? Sí No Si responde sí, ¿cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Beneficios recibidos por error

Deberá devolver cualquier beneficio o servicio recibido por error, sin importar si cometió un error en la información que proporcionó, o si omitió proporcionárnosla.

Revisiones de control de calidad

Su caso se puede seleccionar para un control de calidad u otra revisión gubernamental. Dicha revisión significa que se estudiará a fondo la situación económica o médica, vivienda y otras circunstancias de su núcleo familiar. Nos comunicaremos con bancos, empleadores, empresas, comerciantes y otras fuentes apropiadas, respecto a su núcleo familiar y a las declaraciones que hizo o la información que proporcionó al DHHS. Si no nos ayuda en estas revisiones sus beneficios podrían cesar.

Fecha en que comienza la elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid

En general, la elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid empezará el día que cumpla todos los requisitos del programa que solicitó, inclusive el límite de recursos

Seguros de terceros o pagos por asistencia médica

Si solicita asistencia médica, el hecho de recibir esta ayuda es una asignación al DHHS de sus derechos a todos los seguros de terceros o pagos por asistencia médica sin que nadie tenga que firmar ningún otro formulario. Se debe facturar a todas las partes disponibles y todos los pagos resultantes se deben aplicar al costo de la asistencia médica antes de que el DHHS pague. Además, si recibe un pago de beneficios o una indemnización de un tercero responsable, debe reembolsar el dinero que el DHHS haya pagado por los servicios médicos relacionados. RSA 167:14-a.

Debe devolver este formulario lleno, junto con el formulario DFA 800MA, a la oficina de distrito local

Berlin 650 Main Street Suite 200 Berlin, NH 03570-2463	Claremont 17 Water Street, Ste. 301 Claremont, NH 03743-2280	Concord 40 Terrill Park Drive Concord, NH 03301-9955
Conway 73 Hobbs Street Conway, NH 03818-6188	Seacoast International Drive Portsmouth, NH 03801-2862	Laconia 65 Beacon Street West Laconia, NH 03246-9988
Littleton 80 North Littleton Road Littleton, NH 03561-3841	Manchester 1050 Perimeter Road, Ste. 501 Manchester, NH 03103-3303	Rochester 150 Wakefield Street, Suite 22 Rochester, NH 03867-1309
Keene 111 Key Road Keene, NH 03431	Southern 3 Pine Street, Suite Q Nashua, NH 03060-9311	