



# Solicitud de cobertura médica y de ayuda para pagar los costos

CREASE AND TEAR AT PERFORATION

COSAS QUE DEBE SABER



## Use esta solicitud para ver para cuáles opciones de cobertura llena los requisitos

- Planes económicos de seguro médico privado que ofrecen cobertura completa para ayudarle a conservar la salud.
- Un nuevo crédito de impuestos que inmediatamente puede ayudar a pagar sus primas de cobertura médica.
- Seguro gratis o a bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- Servicios de salud y de planificación familiar para mujeres de 15 a 44 años de edad (Healthy Texas Women).



## ¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier persona de su familia.
- Llene la solicitud aunque usted o el niño ya tenga cobertura médica. Podría llenar los requisitos para recibir cobertura gratis o a un costo más bajo.
- Si usted está solo, quizás pueda usar una solicitud corta. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).
- Las familias que tienen algún inmigrante pueden solicitar. Puede solicitar para su niño incluso si usted no llena los requisitos para la cobertura. La solicitud no afectará su estado migratorio ni la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le está ayudando a llenar esta solicitud, quizás tenga que llenar el Apéndice C.



## Solicite más rápido por Internet

Solicite más rápido por Internet en [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com).



## Qué necesita para llenar la solicitud

- Números de Seguro Social (o números de los documentos de cualquier inmigrante legal que necesita seguro).
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos de su familia (por ejemplo, de talones de pago, formularios W-2 o declaraciones de impuestos y salarios).
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual.
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo que esté disponible para su familia.



## ¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos sobre ingresos y otra información para avisarle para qué cobertura llena los requisitos y si puede recibir algún tipo de ayuda para pagarla. **Toda la información que nos dé se mantendrá privada y protegida, como lo exige la ley.**



## ¿Qué pasará después?

Después de llenar y firmar la solicitud, envíela por correo o fax (vea el paso 6 en la página 8). Si no tiene toda la información que pedimos, firme y envíe la solicitud de todas maneras. Le daremos seguimiento a su caso dentro de 2 semanas. Usted recibirá instrucciones sobre los próximos pasos para completar su cobertura médica. Si no nos comunicamos con usted, llame al **2-1-1** o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Llenar esta solicitud no significa que tiene que comprar cobertura médica.



## Reciba ayuda con esta solicitud

- **Por Internet:** [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com)
- **Por teléfono:** Llámenos al **2-1-1** o al 1-877-541-7905. Después de escoger un idioma, oprima el 2.
- **En persona:** En una oficina de beneficios. Para encontrar una oficina cerca, vaya a [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) o llame al **2-1-1** (después de escoger un idioma, oprima el 1).



# PASO 1 Cuéntenos acerca de usted

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

1. Nombre, segundo nombre, apellido y Jr., Sr., etc.

2. Dirección de la casa (deje en blanco si no tiene una).

3. Número de apartamento o lote

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. ¿Vive en Texas?  Sí  No

9. ¿Piensa quedarse en Texas?  Sí  No

10. Dirección postal (si es diferente a la de su casa)

11. Número de apartamento o lote

12. Ciudad

13. Estado

14. Código postal

15. Condado

16. Teléfono  
( ) -

17. Otro teléfono  
( ) -

18. ¿Quiere recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico?  Sí  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

19. Idioma que prefiere hablar o escribir (si no es inglés)

# PASO 2 Cuéntenos acerca de su familia

¿A quién debe incluir en esta solicitud?

**Si declara impuestos:** Necesitamos saber de todos en su declaración de impuestos.

**Si no declara impuestos:** Necesitamos saber sobre los familiares que viven con usted. (No tiene que declarar impuestos para recibir cobertura médica).

**Sí, incluya a:**

- Sí mismo
- Su esposo(a)
- Sus niños menores de **21** años que viven con usted
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted
- Cualquier persona menor de **21** años que cuide y que vive con usted

**NO tiene que incluir a:**

- Su pareja soltera que no necesita cobertura médica
- Los niños de su pareja soltera
- Sus padres que viven con usted, pero que presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de ayuda o el tipo de programa para el cual llene los requisitos depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurar que todos tengan la mejor cobertura posible.

**Complete el Paso 2 para cada persona en su familia.** Empiece con usted y luego añada a otros adultos y niños. Si hay más de dos personas en su familia, necesita hacer una copia de las hojas y añadirlas. No tiene que dar el estado migratorio ni el número de Seguro Social (SSN) de los familiares que no necesitan cobertura médica. Toda la información que nos dé, se mantendrá privada y protegida como lo exige la ley. Sólo usaremos la información personal para comprobar si usted llena los requisitos para la cobertura médica.



## PASO 2: PERSONA 1 (Empiece con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su esposo(a)/pareja y los niños que viven con usted o cualquier persona que está en su declaración de impuestos del IRS si presenta una. Vea la página 1 para saber a quién incluir. Aunque no presente una declaración de impuestos, recuerde que todavía tiene que añadir a los familiares que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y Jr., Sr., etc.		2. Relación con usted <b>YO MISMO</b>
3. Fecha de nacimiento (mes/día/año)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Necesitamos esto si quiere cobertura médica y tiene un SSN.** Dar su SSN también puede ser útil si no quiere cobertura médica, pues puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos el SSN para comprobar ingresos y otra información para ver quién puede recibir ayuda con los costos de cobertura médica. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

### 6. ¿Piensa presentar una declaración de impuestos del IRS el PRÓXIMO AÑO?

(Aún puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración de impuestos del IRS).

**SÍ. Si contesta "Sí"**, por favor, conteste las preguntas a, b y c.  **NO. Si contesta "No"**, siga con la pregunta c.

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)?  Sí  No

**Si contesta "Sí"**, nombre de su esposo(a): \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si contesta "Sí"**, escriba el nombre de cualquier dependiente: \_\_\_\_\_

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos?  Sí  No

**Si contesta "Sí"**, escriba el nombre del declarante: \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene usted con el declarante? \_\_\_\_\_

7. ¿Está embarazada?  Sí  No

a. **Si contesta "Sí"**, ¿cuántos bebés espera en este embarazo? \_\_\_\_\_

b. **Si contesta "Sí"**, fecha del parto (mes/día/año) \_\_\_\_\_

c. ¿Es este su primer embarazo?  Sí  No

d. Si contesta "No", ¿estuvo embarazada en los últimos 12 meses?  Sí  No

**Si contesta "Sí"**, ¿cuándo terminó el embarazo? (mes/día/año) \_\_\_\_\_

8. Healthy Texas Women ofrece servicios de salud y de planificación familiar gratuitos a mujeres de 15 a 44 años de edad. Si desea que su participación en Healthy Texas Women sea privada, usted puede recibir su correspondencia del programa en una dirección diferente a la que aparece en su solicitud. Llene la sección a continuación para usar una dirección y número de teléfono confidencial.

Dirección postal - Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

9. Las mujeres de 15 a 44 años de edad que no llenan los requisitos para participar en Medicaid o en CHIP automáticamente son evaluadas para determinar si pueden inscribirse en Healthy Texas Women (HTW). Marque la casilla a continuación si no quiere ser evaluada para participar en HTW.

Nombre: \_\_\_\_\_ No quiero ser evaluada para participar en HTW.

### 10. ¿Necesita cobertura médica?

(Aunque usted tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).

**SÍ. Si contesta "Sí"**, conteste todas las preguntas a continuación.



**NO. Si contesta "No"**, SIGA CON las preguntas sobre ingresos en la página 4. Deje el resto de esta página en blanco.



11. ¿Tiene usted un padecimiento físico, mental o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer los quehaceres diarios, etc.) o vive en un centro médico o casa de reposo?  Sí  No

12. ¿Es usted ciudadano o nacional de EE. UU.?  Sí  No

13. **Si no es ciudadano o nacional de EE. UU.**, ¿es su estado migratorio aceptable?  Sí  No

**Si contesta "Sí"**, conteste estas preguntas:

a. Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_

b. Número de identificación del documento \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996?  Sí  No

14. ¿Es usted, su esposo(a) o uno de sus padres miembro activo de las fuerzas armadas de EE. UU.?  Sí  No

15. ¿Es usted, su esposo(a) o uno de sus padres veterano de las fuerzas armadas de EE. UU.?  Sí  No

16. ¿Quiere ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

17. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años, y es usted la persona principal que cuida a este niño?  Sí  No

18. ¿Es usted un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

19. ¿Estuvo usted bajo cuidado temporal cuando tenía 18 años o más?

Sí  No **Si contesta "Sí"**, ¿en qué estado? \_\_\_\_\_



# PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con usted)

Por favor, conteste las siguientes preguntas si la PERSONA 1 tiene 22 años o menos:

20. ¿Tenía seguro la PERSONA 1 por medio de un trabajo, y lo perdió en los últimos 3 meses?  Sí  No
- a. Si contesta "Sí", fecha de terminación: \_\_\_\_\_ b. Razón por la que terminó el seguro:
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terminó el empleo del padre o madre debido a cortes de personal o cierre de la empresa. | <input type="checkbox"/> Terminaron los beneficios de CHIP de otro estado. | <input type="checkbox"/> Murió uno de los padres.                                     |
| <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA o ERS de uno de los padres.                               | <input type="checkbox"/> Cambió el estado civil del padre o madre.         | <input type="checkbox"/> El niño tiene necesidades médicas especiales.                |
| <input type="checkbox"/> Terminaron los beneficios de Medicaid de otro estado.                                   | <input type="checkbox"/> Terminó la cobertura médica privada.              | <input type="checkbox"/> Terminaron los beneficios de Medicaid (por cualquier razón). |
|  | <input type="checkbox"/> Otra _____  |   |

21. Si es hispano o latino, grupo étnico (OPCIONAL—marque todas las opciones que apliquen).

- Mexicano  Mexicano-americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

22. Grupo racial (OPCIONAL—marque todas las opciones que apliquen).

- |  |   |                                   |  |   |
|--|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita      | <input type="checkbox"/> Guamés o chamorro                |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio asiático                     | <input type="checkbox"/> Japonés  | <input type="checkbox"/> Otros asiáticos | <input type="checkbox"/> Samoense                         |
|  | <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Coreano  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai | <input type="checkbox"/> Isleño de otra isla del Pacífico |
|  |   |                                   |  | <input type="checkbox"/> Otro _____                       |

## Trabajo actual e información sobre ingresos

- Trabaja** Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Empiece con la pregunta 23.
- Trabaja por su cuenta** Siga con la pregunta 38.
- No trabaja** Siga con la pregunta 39.

Su empleador puede retirar dinero de su cheque antes de los impuestos. Este dinero es para las contribuciones realizadas antes de impuestos. Las contribuciones pueden ser para ahorros de jubilación, primas de seguro médico, una cuenta de ahorros para la salud, gastos de cuidado de dependientes, gastos de viaje o primas de seguro de vida.

### TRABAJO ACTUAL 1:

23. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ 24. Teléfono del empleador ( ) - \_\_\_\_\_
25. Sueldos/propinas (antes de quitar los impuestos)  Por hora  Por semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Cada mes  Cada año \$ \_\_\_\_\_
26. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA \_\_\_\_\_
27. Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago \_\_\_\_\_ 28. ¿Con qué frecuencia se hacen estas \_\_\_\_\_
29. Fecha de las contribuciones \_\_\_\_\_

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

30. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ 31. Teléfono del empleador ( ) - \_\_\_\_\_
32. Sueldos/propinas (antes de restar los impuestos)  Por hora  Por semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Cada mes  Cada año \$ \_\_\_\_\_
33. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA \_\_\_\_\_
34. Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago \_\_\_\_\_ 35. ¿Con qué frecuencia se hacen estas \_\_\_\_\_
36. Fecha de las contribuciones \_\_\_\_\_

37. En el pasado año, usted:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

38. Si trabaja por su cuenta, conteste las siguientes preguntas:
- a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_
- b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá del trabajo por su cuenta este mes? \$ \_\_\_\_\_



## PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con usted)

39. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todas las opciones que apliquen y escriba la cantidad y cada cuánto la recibe.

**Nota:** No necesita decirnos sobre pagos de manutención de niños, de veteranos o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

- Ninguno
- Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Cuentas de jubilación \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Ingresos netos de la agricultura y la pesca \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Ingresos netos de rentas y regalías \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Tipo: \_\_\_\_\_
- ¿Fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes?  Sí  No

40. **DEDUCCIONES:** Marque todas las opciones que apliquen y escriba la cantidad y cada cuánto la paga.

Si paga por ciertas cosas que pueden deducirse en una declaración de impuestos del IRS, decimos sobre éstas podría bajar el costo de la cobertura médica. **NOTA:** No incluya costos que ya incluyó en la pregunta sobre ingresos netos del trabajo por su cuenta (pregunta 30b).

- Pensión alimenticia que paga \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- Otras deducciones, como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza para los militares en servicio activo, matrícula y tarifas \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_
- ¿Fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes?  Sí  No
- Interés de préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_

41. **INGRESOS ANUALES:** Llene sólo si sus ingresos cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, siga con la siguiente persona.



Sus ingresos totales <b>este año</b> \$ _____	Sus ingresos totales <b>el próximo año</b> (si cree que serán diferentes) \$ _____
--	---

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

## PASO 2: PERSONA 2

Llene el Paso 2 para sí mismo, su esposo(a)/pareja y los niños que viven con usted o cualquier persona que está en su declaración de impuestos del IRS si presenta una. Vea la página 1 para saber a quién incluir. Aunque no presente una declaración de impuestos, recuerde que todavía tiene que añadir a los familiares que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y Jr., Sr., etc. \_\_\_\_\_
2. Relación con usted \_\_\_\_\_
3. Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_
4. Sexo  Masculino  Femenino
5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Necesitamos esto si quiere cobertura médica y tiene un SSN.**
6. ¿Vive la PERSONA 2 en la misma dirección que usted?  Sí  No  
Si contesta "No", escriba la dirección: \_\_\_\_\_
7. ¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos del IRS el PRÓXIMO AÑO?  
(Aún puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración de impuestos del IRS).
- SÍ. Si contesta "Sí"**, por favor, conteste las preguntas a, b y c.  **NO. Si contesta "No"**, siga con la pregunta c.
- a. ¿Presentará la PERSONA 2 la declaración conjuntamente con su esposo(a)?  Sí  No  
Si contesta "Sí", nombre de su esposo(a): \_\_\_\_\_
- b. ¿Reclamará algún dependiente la PERSONA 2 en su declaración de impuestos?  Sí  No  
Si contesta "Sí", escriba el nombre de cualquier dependiente: \_\_\_\_\_
- c. ¿Reclamará alguien a la PERSONA 2 como dependiente en la declaración de impuestos?  Sí  No  
Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante: \_\_\_\_\_  
¿Qué relación tiene la PERSONA 2 con el declarante? \_\_\_\_\_
8. ¿Está embarazada la PERSONA 2?  Sí  No
- a. Si contesta "Sí", ¿cuántos bebés espera en este embarazo? \_\_\_\_\_
- b. Si contesta "Sí", fecha del parto (mes/día/año) \_\_\_\_\_
- c. ¿Es este su primer embarazo?  Sí  No
- d. Si contesta "No", ¿estuvo embarazada en los últimos 12 meses?  Sí  No  
Si contesta "Sí", ¿cuándo terminó el embarazo? (mes/día/año) \_\_\_\_\_



CREASE AND TEAR AT PERFORATION

## PASO 2: PERSONA 1

9. Healthy Texas Women ofrece servicios de salud y de planificación familiar gratuitos a mujeres de 15 a 44 años de edad. Si desea que su participación en Healthy Texas Women sea privada, usted puede recibir su correspondencia del programa en una dirección diferente a la que aparece en su solicitud. Llene la sección a continuación para usar una dirección y número de teléfono confidencial.

Dirección postal - Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

10. Las mujeres de 15 a 44 años de edad que no llenan los requisitos para participar en Medicaid o en CHIP automáticamente son evaluadas para determinar si pueden inscribirse en Healthy Texas Women (HTW). Marque la casilla a continuación si no quiere ser evaluada para participar en HTW.

Nombre: \_\_\_\_\_ No quiero ser evaluada para participar en HTW.

11. ¿Necesita cobertura médica la PERSONA 2?

(Aunque usted tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).

**SÍ. Si contesta "Sí",** conteste todas las preguntas a continuación.



**NO. Si contesta "No",** SIGA con las preguntas sobre ingresos en la página 6.



Deje el resto de esta página en blanco.

12. ¿Tiene la PERSONA 2 un padecimiento físico, mental o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer los quehaceres diarios, etc.) o vive en un centro médico o casa de reposo?  Sí  No

13. ¿Es la PERSONA 2 ciudadano o nacional de EE. UU.?  Sí  No

14. Si no es ciudadano o nacional de EE. UU., ¿es su estado migratorio aceptable?  Sí  No

Si contesta "Sí", conteste estas preguntas:

a. Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_

b. Número de identificación del documento \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996?  Sí  No

15. ¿Es usted, su esposo(a) o uno de sus padres miembro activo de las fuerzas armadas de EE. UU.?  Sí  No

16. ¿Es usted, su esposo(a) o uno de sus padres veterano de las fuerzas armadas de EE. UU.?  Sí  No

17. ¿Quiere ayuda la PERSONA 2 para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

18. ¿Vive la PERSONA 2 con al menos un niño menor de 19 años, y es la persona principal que cuida a este niño?  Sí  No

19. ¿Estuvo la PERSONA 2 en cuidado temporal cuando tenía 18 años o más?  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿en qué estado? \_\_\_\_\_

Por favor, conteste las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:

20. ¿Tenía seguro la PERSONA 2 por medio de un trabajo, y lo perdió en los últimos 3 meses?  Sí  No

a. Si contesta "Sí", fecha de terminación: \_\_\_\_\_

b. Razón por la que terminó el seguro:

Terminó el empleo del padre o madre debido a cortes de personal o cierre de la empresa.

Terminaron los beneficios de CHIP de otro estado.

Murió uno de los padres.

Terminó la cobertura de COBRA o ERS de uno de los padres.

Cambió el estado civil del padre o madre.

El niño tiene necesidades médicas especiales.

Terminaron los beneficios de Medicaid de otro estado.

Terminó la cobertura médica privada.

Terminaron los beneficios de Medicaid (por cualquier razón).

Otra \_\_\_\_\_

21. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

22. Si es hispano o latino, grupo étnico (OPCIONAL—marque todas las opciones que apliquen).

Mexicano  Mexicano-americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

23. Grupo racial (OPCIONAL—marque todas las opciones que apliquen).

Blanco

Indio americano o nativo de Alaska

Filipino

Vietnamita

Guamés o chamorro

Negro o afroamericano

Indio asiático

Japonés

Otros asiáticos

Samoense

Coreano

Nativo de Hawai

Isleño de otra isla del Pacífico

Chino

Otro \_\_\_\_\_



## PASO 2: PERSONA 2

### Trabajo actual e información sobre ingresos

**Trabaja**

Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Empezar con la pregunta 24.

**Trabaja por su cuenta**

Siga con la pregunta 39.

**No trabaja**

Siga con la pregunta 40.

Su empleador puede retirar dinero de su cheque antes de los impuestos. Este dinero es para las contribuciones realizadas antes de impuestos. Las contribuciones pueden ser para ahorros de jubilación, primas de seguro médico, una cuenta de ahorros para la salud, gastos de cuidado de dependientes, gastos de viaje o primas de seguro de vida.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

24. Nombre y dirección del empleador		25. Teléfono del empleador ( ) -	
26. Sueldos/propinas (antes de restar los impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año \$ _____			
27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			
28. Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago		29. ¿Con qué frecuencia se hacen estas	
30. Fecha de las contribuciones			

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

31. Nombre y dirección del empleador		32. Teléfono del empleador ( ) -	
33. Sueldos/propinas (antes de restar los impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Cada año \$ _____			
34. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA			
35. Cantidad total de contribuciones antes de impuestos por periodo de pago		36. ¿Con qué frecuencia se hacen estas	
37. Fecha de las contribuciones			

38. **En el pasado año, la PERSONA 2:**  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

39. **Si trabaja por su cuenta, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Qué cantidad de ingresos netos (ganancias una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá del trabajo por su cuenta **este mes**? \$ \_\_\_\_\_

40. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todas las opciones que apliquen y escriba la cantidad y cada cuánto la recibe.

**Nota:** No necesita decirnos sobre pagos de manutención de niños, de veteranos o de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Ingresos netos de la agricultura y la pesca
<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Cada cuánto? _____		\$ _____ ¿Cada cuánto? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Cada cuánto? _____		<input type="checkbox"/> Ingresos netos por rentas y regalías
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Cada cuánto? _____		\$ _____ ¿Cada cuánto? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Cada cuánto? _____		<input type="checkbox"/> Otros ingresos \$ _____ ¿Cada cuánto? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Cada cuánto? _____		Tipo: _____
¿Fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

41. **DEDUCCIONES:** Marque todas las opciones que apliquen y escriba la cantidad y cada cuánto la paga.

Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos del IRS, decirnos sobre éstas podría bajar el costo de la cobertura médica.

**NOTA:** No incluya costos que ya incluyó en la pregunta sobre ingresos netos del trabajo por su cuenta (pregunta 31b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia que paga \$ _____ ¿Cada cuánto? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones, como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza para los militares en servicio activo, matrícula y tarifas \$ _____ ¿Cada cuánto? _____
¿Fue firmado o modificado el acuerdo de divorcio o separación el 31 de diciembre de 2018 o antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Interés de préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Cada cuánto? _____	



## PASO 2: PERSONA 2

42. **INGRESOS ANUALES:** Llene sólo si los ingresos de la PERSONA 2 cambian de mes a mes.



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

Ingresos totales de la PERSONA 2 este año  
\$

Ingresos totales de la PERSONA 2 el próximo año (si cree que serán diferentes) \$

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

Si tiene que incluir a más de 2 personas, haga una copia de las páginas 5 y 6 (Paso 2: Persona 2) y llénelas.

## PASO 3 Familiares indio americanos o nativos de Alaska (AI/AN)

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

Si contesta "No", siga con el Paso 4.

Si contesta "Sí", vaya al Apéndice B.

## PASO 4 Cobertura médica de su familia

Conteste estas preguntas para cualquier persona que necesita cobertura médica.

1. ¿Está alguien inscrito ahora en cobertura médica de uno de los siguientes?

**SÍ.** Si contesta "Sí", revise el tipo de cobertura y escriba el nombre de la persona al lado de la cobertura que tiene.  **NO.**

Medicaid \_\_\_\_\_  
¿De cuál estado? \_\_\_\_\_  
Fecha de terminación de la cobertura (si no va a terminar, escriba "No va a terminar") \_\_\_\_\_

CHIP \_\_\_\_\_  
¿De cuál estado? \_\_\_\_\_  
Fecha de terminación de la cobertura (si no va a terminar, escriba "No va a terminar") \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (no la marque si tiene atención directa o Line of Duty) \_\_\_\_\_

Programas de atención médica de la Administración de Veteranos (VA) \_\_\_\_\_

Peace Corps \_\_\_\_\_

Seguro del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura: \_\_\_\_\_

Fecha de terminación de la cobertura: \_\_\_\_\_

Cantidad que paga cada mes para la cobertura de sus niños en este seguro: \_\_\_\_\_

¿Quién paga la prima? \_\_\_\_\_

¿Es cobertura de COBRA?  Sí  No

¿Es un plan médico para jubilados?  Sí  No

Otro

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

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

Sí  No

2. ¿Tiene seguro médico que cubre servicios de planificación familiar?  Sí  No

Si contestó "Sí": Si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico, ¿le provocará daño físico, emocional o de otro tipo por parte de su esposo, sus padres u otra persona?

Sí  No

Si contestó "Sí": Díganos por qué le causaría daño si presentamos una reclamación de pago a su seguro médico. Si necesita más páginas, asegúrese de que cada página tenga su nombre y número de Seguro Social.

3. ¿Ofrece cobertura médica el trabajo de alguien que está en esta solicitud? Marque "Sí" aunque la cobertura es por medio del trabajo de otra persona, como un padre o esposo(a).

**SÍ.** Si contesta "Sí", tiene que llenar y añadir el apéndice A. ¿Es este un plan de beneficios para empleados estatales?  Sí  No

**NO.** Si contesta "No", siga con el Paso 5.

## Información acerca de las personas que solicitan beneficios

Estas preguntas no serán usadas para decidir si su familia puede recibir beneficios. Esto nos ayudará a servirla mejor.

1. ¿Participa un niño de su hogar en el programa de Niños con Necesidades Médicas Especiales?  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

2. ¿Viaja un niño que solicita beneficios con un familiar que es trabajador de campo migrante?  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_

**Exención de Violencia Doméstica:** Si tiene miedo de darnos datos de una persona porque piensa que puede causarles daño (físico o emocional) a usted o a su niño, podría no tener que darnos los datos de esta persona. Posiblemente pueda obtener una "Exención de Violencia Doméstica".



CREASE AND TEAR AT PERFORATION

## Método de contacto preferido de los proveedores del plan médico o las organizaciones de atención médica administrada

Si recibe beneficios de salud de nosotros, el proveedor de su plan médico o su organización médica administrada (MCO) podrían contactarlo para lo siguiente.

- Recordatorios de citas
- Asuntos de requisitos de participación e inscripción
- Información de asuntos relacionados con su atención médica
- Otros avisos importantes

Usted puede elegir que lo contacten por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.

Los mensajes de texto y correos electrónicos no están cifrados y puede que no sean seguros. Los riesgos incluyen que un tercero no autorizado intercepte información confidencial o privada. Si uno de estos es su método preferido de comunicación con su proveedor de atención médica, tenga en cuenta los riesgos cuando envíe su información personal por mensaje de texto o por correo electrónico.

Su MCO o el proveedor de su plan médico debe tomar las medidas razonables para asegurarse de que su información de atención médica permanezca privada.

Al completar los datos a continuación, usted reconoce que entiende los riesgos asociados con recibir comunicaciones electrónicas y da su consentimiento a la Comisión de Salud y Servicios Humanos para compartir su método de contacto preferido con su MCO o con el proveedor de su plan médico.

De la lista a continuación, seleccione su método de contacto preferido.

Nombre: \_\_\_\_\_

Idioma en que prefiere ser contactado: \_\_\_\_\_

Por teléfono

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

(Si el contacto es por teléfono, la llamada puede marcarse automáticamente o grabarse por adelantado, y es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de uso)

Por mensaje de texto

**Número de celular:** \_\_\_\_\_

(Es posible que su compañía telefónica cobre tarifas de datos y mensajes)

Por correo electrónico

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Si decide proporcionar esta información, será responsable de notificar sobre cualquier cambio en su información de contacto a su MCO o proveedor de su plan médico. Avise a su MCO o proveedor de su plan médico si prefiere no ser contactado por teléfono, mensaje de texto ni correo electrónico.**



## Registro para votar

Llenar la solicitud del registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le dará.

**Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le interesa llenar hoy mismo la solicitud del registro para votar?**  Sí  No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, ESO SIGNIFICARÍA QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Si quiere ayuda para llenar la solicitud del registro para votar, le podemos ayudar. Usted decide si necesita o quiere aceptar la ayuda. Puede llenar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, o con su derecho de escoger un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja en: Elections Division, Secretary of State, PO Box 12060, Austin, TX 78711. Teléfono: 1-800-252-8683.

### Agency Use Only: Voter Registration Status/Sólo para uso de la agencia

Already registered  Client Declined  Agency transmitted  Client to Mail  Mailed to Client  Other

Agency staff signature: \_\_\_\_\_

## PASO 5 Lea y firme esta solicitud

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si doy información falsa o no cierta.
- Sé que tengo que avisar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas si algo cambia (y es diferente a) lo que escribí en esta solicitud. Para avisar sobre cambios, puedo ir a [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) o llamar al 2-1-1 o al 1-877-541-7905. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que bajo la ley federal, no está permitida la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Confirmando que nadie en esta solicitud de seguro médico está encarcelado (detenido o en prisión). Si no, \_\_\_\_\_ está encarcelado.

(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica si usted decide llenar la solicitud. Revisaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y las del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social, de la Oficina de la Seguridad del Territorio Nacional o de una agencia de informes de consumidores. Si la información no concuerda, quizás le pidamos que nos envíe pruebas.

### Renovación de la cobertura en años futuros

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que la agencia use datos de ingresos, entre ellos, información de las declaraciones de impuestos. La agencia me enviará un aviso, permitirá que haga cambios, y puedo decidir no participar en cualquier momento.

Sí, renueve mi elegibilidad automáticamente por los próximos

5 años (el máximo permitido), o por menos años:  4 años  3 años  2 años  1 año

No use la información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura

### Si alguien en esta solicitud puede recibir beneficios de Medicaid

- Doy a la HHSC los derechos de buscar y recibir dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También doy a la HHSC los derechos de buscar y recibir manutención médica.
- ¿Vive fuera del hogar el padre o madre de algún niño que se menciona en esta solicitud?  Sí  No
- Si contesto "Sí", reconozco que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica al padre ausente. Si creo que esta cooperación puede perjudicarme a mí o a mis hijos, puedo avisar a la HHSC y tal vez no tenga que cooperar.

### Información importante para antiguos miembros de las Fuerzas Armadas

Las mujeres y los hombres que hayan pertenecido a cualquier cuerpo de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, el cuerpo de reservistas o la Guardia Nacional) podrían recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal de Texas para Veteranos en <https://veterans.portal.texas.gov/hagar>

### Mi derecho de apelación

Si creo que la HHSC cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en la HHSC que creo que la acción es errónea y pedir una revisión imparcial de la acción. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con la HHSC al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Sé que alguien que no sea yo mismo me puede representar en el proceso. Se me explicará 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 usted haya dado la información exigida en el Apéndice C.

Firma

Fecha (mes/día/año)



# PASO 6 Envíe por correo o fax la solicitud llenada y firmada

Fax: 1-877-447-2839

Si la solicitud está impresa por ambos lados, envíe los dos lados por fax.

Correo: HHSC

PO Box 149024  
Austin, TX 78714-9968

## APÉNDICE A

### Cobertura médica del trabajo

Usted **NO** tiene que contestar estas preguntas a menos que alguien en el hogar pueda obtener cobertura médica de un trabajo. Añada una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

**Díganos sobre el trabajo que ofrece cobertura.**

**Lleve la Herramienta de cobertura del empleador en la página siguiente al empleador que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas.**

**Sólo necesita incluir esta página al enviar su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.**

#### Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del empleado ____ - ____ - _____
---	--

#### Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____ - _____
-------------------------	---

5. Dirección del empleador	6. Teléfono del empleador ( ) - _____
----------------------------	--

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

10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre cobertura médica para empleados en este trabajo?

11. Teléfono (si es diferente del anterior) ( ) - _____	12. Dirección de correo electrónico
--	-------------------------------------

**13. ¿Puede obtener la cobertura que ofrece este empleador en este momento, o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?**

**Sí (Continúe)**

**13a. Si está en un período de espera o probatorio, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura?** \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Escriba el nombre de cualquier otra persona que pueda obtener la cobertura de este trabajo.

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**No (Pare aquí y vaya al Paso 4 de la solicitud)**

#### Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo\*?  Sí  No

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo\* **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagaría si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

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

b. ¿Cada cuánto?  Cada semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Cada 3 meses  Una vez al año

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

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo al empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento por programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

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

b. ¿Cada cuánto?  Cada semana  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Cada 3 meses  Una vez al año

Fecha de cambio (mes/día/año): \_\_\_\_\_

\* Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de los costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)



# HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta herramienta para ayudar a contestar las preguntas en el Apéndice A sobre la cobertura médica del empleador que puede recibir (incluso si es del trabajo de otra persona, como un padre o esposo). La información en las casillas numeradas a continuación concuerda con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe concordar con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto de la solicitud. Llene una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura médica.



## Información del EMPLEADO

El empleado tiene que llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social ____ - ____ - _____
---	---



## Información del EMPLEADOR

Pida esta información al empleador.

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____ - _____	
5. Dirección del empleador (HHSC enviará avisos a esta dirección)	6. Teléfono del empleador ( ) -	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) ( ) -	12. Dirección de correo electrónico	

<b>13. ¿Puede el empleado obtener la cobertura que ofrece el empleador en este momento, o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí (Continúe)</b> <b>13a. Si el empleado no puede obtener cobertura en este momento, como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá obtenerla?</b> _____ (mes/día/año) (Continúe) <input type="checkbox"/> <b>No</b> (PARE y entréguele esta hoja al empleado)
---

## Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan médico que cubre al esposo, a la esposa o al dependiente de un empleado?

- Sí. ¿A quiénes cubre?  Esposo(a)  Dependiente(s)  
 No

(Siga a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo*? <input type="checkbox"/> Sí (Siga a la pregunta 15) <input type="checkbox"/> No (PARE y entréguele la hoja al empleado)
15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo* <b>sólo para el empleado</b> (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagará si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar. a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____ b. ¿Cada cuánto? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada 3 meses <input type="checkbox"/> Una vez al año

Si el año del plan terminará pronto y sabe que van a cambiar los planes de salud ofrecidos, siga a la pregunta 16. Si no sabe, PARE y entréguele la hoja al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si lo sabe)? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura médica. <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15). a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____ b. ¿Cada cuánto? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada 3 meses <input type="checkbox"/> Una vez al año Fecha de cambio (mes/día/año): _____
---

\* Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de los costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)



# APÉNDICE B

## Familiar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Llene este apéndice si usted o un familiar es indio americano o nativo de Alaska. Envíelo con su solicitud.

### Díganos sobre el familiar que es indio americano o nativo de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena. Además, quizás no tengan que pagar parte de los costos y podrían tener períodos especiales de inscripción mensual. Conteste las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba toda la ayuda posible.

**NOTA:** Si quiere incluir más personas, haga una copia de esta página y añádala.

	PERSONA AI/AN 1		PERSONA AI/AN 2	
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre	Segundo nombre	Nombre	Segundo nombre
	Apellido		Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu?</b> _____ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <b>Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu?</b> _____ <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Alguna vez ha recibido esta persona un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contesta "No", ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contesta "No", ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Algún dinero recibido quizás no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Mencione todos los ingresos (cantidad y cada cuánto) que aparecen en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terreno designado como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluso reservas actuales y anteriores)</li> <li>• Dinero de la venta de artículos de importancia cultural</li> </ul>	\$ _____ ¿Cada cuánto? _____		\$ _____ ¿Cada cuánto? _____	

CREASE AND TEAR AT PERFORATION



# APÉNDICE C

## Ayuda para llenar esta solicitud

Si quiere, puede darle a alguien el derecho de actuar por usted (un representante autorizado).

Esta persona puede:

- Dar y obtener datos sobre esta solicitud.
- Tomar cualquier acción necesaria durante el proceso de solicitud. Esto incluye apelar una decisión de la HHSC.
- Tomar cualquier acción necesaria para inscribirse en Medicaid o CHIP. Esto incluye escoger un plan médico.
- Tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios. Esto incluye avisar sobre cambios y renovar beneficios.

Si usted le concede a alguien el derecho de actuar en su nombre, esa persona se compromete a:

- cumplir con todas sus responsabilidades relacionadas con Medicaid;
- proteger la confidencialidad de su información;
- obedecer las leyes estatales y federales sobre conflictos de intereses y la protección de la confidencialidad, entre ellas:
  - o las leyes que protegen la información de las personas que solicitan o reciben Medicaid (42 CFR, parte 431, subparte F);
  - o las leyes sobre la confidencialidad y seguridad de la información de identificación personal (45 CFR, Sección 155.260(f)); y
  - o las leyes que prohíben al estado pagar los servicios de Medicaid a alguien que no sea su proveedor o usted, excepto en ciertas circunstancias (42 CFR, Sección 447.10).

Solo puede tener un representante autorizado para todos sus beneficios de la HHSC. Si quiere cambiar su representante autorizado: (1) entre a su cuenta de YourTexasBenefits.com para avisar sobre el cambio, o (2) llame al 2-1-1 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, envíenos prueba de esto con la solicitud.

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

2. Dirección		3. Número de apartamento o lote
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal

7. Teléfono  
(        )        –

8. Nombre de la organización	9. Número de identificación de la organización (si aplica)
------------------------------	--

**Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todo asunto futuro con esta agencia.**

10. Su firma	Fecha (mes/día/año)
--------------	---------------------

## For certified application counselors, navigators, agents, and brokers only./Solo para uso de los consejeros certificados de solicitudes, navegantes, agentes y corredores solamente.

Complete this section if you're a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)	
2. First name, middle name, last name, & suffix	
3. Organization name	4. Organization ID number (if applicable)



↑ CREASE AND TEAR AT PERFORATION ↓