

Familiar indígena estadounidense o de Alaska (Familiar AI/AN)

Llene este Anexo si usted o un familiar suyo es indígena estadounidense o indígena de Alaska, y adjunte este Anexo cuando presenta su Solicitud para la Cobertura de Salud y para Ayuda en Pagar los Costos.

Dénos información acerca de su familiar o familiares indígenas estadounidenses o de Alaska.

La organización de Indian Health Service [«Servicio médico para indígenas»] y los programas médicos para tribus o los programas médicos urbanos para indígenas brindan servicios a los indígenas estadounidenses y los indígenas de Alaska. Posiblemente no tengan que hacer pagos de compartir los costos, y posiblemente tengan unos plazos mensuales de inscripción especiales. Responda a las preguntas a continuación para garantizar que su familia reciba la máxima ayuda posible.

NOTA: Si usted tiene más gente que incluir, haga una fotocopia de esta página y adjúntela.

	PERSONA AI/AN N° 1		PERSONA AI/AN N° 2	
1. Nombre y apellidos (Nombre de pila, segundo nombre, apellidos)	Nombre de pila	Segundo nombre	Nombre de pila	Segundo nombre
	Apellidos		Apellidos	
2. ¿Afiliado a una tribu de reconocimiento 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. ¿Alguna vez ha recibido esta persona servicio del Indian Health Service («Servicio Médico para Indígenas») o de un programa médico para tribus o de un programa médico urbano para indígenas o por una recomendación de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es «no» , ¿reúne los requisitos esta persona para recibir los servicios del Servicio Médico para Indígenas o de un programa médico para tribus o un programa médico urbano para indígenas o por una recomendación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde «no» , ¿reúne los requisitos esta persona para recibir los servicios del Servicio Médico para Indígenas o de un programa médico para tribus o un programa médico urbano para indígenas o por una recomendación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Puede que no cuenten algunos ingresos recibidos de Medicaid o del Children's Health Insurance Program (CHIP) («Programa de Seguro de Salud para Niños»). Haga una lista de todos los ingresos (cantidad y frecuencia) incluidos en su solicitud y que incluyan dinero de estas fuentes:	\$ _____ ¿Frecuencia? _____		\$ _____ ¿Frecuencia? _____	
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu y percibidos por recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías • Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura y ganadería, pesca, contratos de arrendamiento o regalías de los terrenos designados terreno de fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (que incluye las reservaciones actuales y anteriores) • Dinero de ventas de artículos con significado cultural 				

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Vaya al sitio web Compass.ga.gov, o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**, y si usted necesita ayuda en algún idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** para infórmele al representante de Atención al Cliente del idioma que necesita, pues le conseguiremos la ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

