



# Solicitud para Cobertura de Salud y Ayuda Pagando el Costo

COSAS PARA SABER



## Use esta solicitud para ver cuáles opciones de cobertura usted califica

- Plan de seguro de salud privado económico que ofrece cobertura integral que le ayuda a mantenerse bien
  - Un nuevo crédito tributario que puede ayudarlo inmediatamente a pagar sus primas de cobertura de salud
  - Seguro de **Asistencia** médica gratis o a bajo costo.
- Usted puede calificar para un programa gratis o a bajo costo aunque usted gane tanto como \$94,000 al año (para una familia de cuatro).**



## ¿Quién puede usar esta Solicitud?

- Use esta solicitud para solicitar para cualquier persona en su familia.
- Solicite aunque usted o su hijo(a) ya estén cubiertos. Usted podría ser elegible para una cobertura gratis o a un costo más bajo.
- Si usted es soltero(a), podría usar el formulario corto. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Las familias que tienen inmigrantes pueden solicitar. Usted puede solicitar para su hijo(a) aunque usted no sea elegible para cobertura. Solicitar no afectará su estado migratorio o su oportunidad de convertirse en residente permanente o ciudadano(a).
- Si alguien le está ayudando a llenar esta solicitud, usted podría necesitar completar el Anejo C.



## Solicite más rápido en línea

Solicite más rápido en línea [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov).



## Qué necesita para solicitar

- Números de Seguro Social (o el número de documento para cualquier inmigrante legal que necesite seguro)
- Información del empleador y de ingresos para todos en su familia (por ejemplo, talones de cheque, formularios W-2, o declaraciones de sueldo y tributarias)
- Números de póliza para cualquier seguro de salud actual
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el empleo que esté disponible para su familia



## ¿Por qué pedimos esta

Pedimos la información sobre ingresos y otra información para dejarle saber para qué cobertura usted podría calificar y para ver si puede recibir ayuda para pagar el mismo. **Vamos a mantener toda la información que nos proporcione de manera segura y confidencial, como es requerido por ley.**



## ¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 8. **Si no tiene toda la información que pedimos, firméla y preséntela de todas maneras.** Nosotros haremos un seguimiento con usted dentro de 1 a 2 semanas. Usted recibirá instrucciones sobre los siguientes pasos necesarios para completar su cobertura de salud. Si no recibe ninguna noticia de nosotros, visite [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llame al **1-877-423-4746**. Llenar esta solicitud no quiere decir que usted tenga que comprar cobertura de salud.



## Consiga ayuda para hacer esta solicitud

- **En línea:** [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov)
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-877-423-4746**.
- **En persona:** Es posible que en su área hayan consejeros que le puedan ayudar. Para mayor información, visite nuestro sitio web o llame al **1-877-423-4746**.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-877-423-4746**.



**¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

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

1. Primer nombre, segundo nombre, Apellido, & Sufijo			
2. Dirección de domicilio (Deje en blanco si no tiene una.)			3. Número del apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Dirección postal (si es distinta a de domicilio):			9. Número del apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado
14. Número de teléfono ( ) -		15. Otro número de teléfono ( ) -	
16. ¿Quiere recibir información por correo electrónico sobre esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. ¿En qué idioma prefiere hablar o escribir (si no es el inglés)?			

## Paso 2: Cuéntenos sobre su familia.

### ¿A quién(es) necesita incluir en esta solicitud?

Cuéntenos sobre todos los familiares que viven con usted. Si presenta una declaración de impuestos, tenemos que saber sobre todos los que aparecen en su declaración de impuestos. (No necesita presentar una declaración de impuestos para obtener una cobertura de salud).

#### Incluya:

- Usted mismo(a)
- Su cónyuge
- Sus hijos(as) menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja sin casarse que necesite cobertura de salud
- Cualquier persona que usted incluya en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años que esté a su cargo y que viva con usted

#### NO tiene que incluir:

- Su pareja sin casarse que no necesite cobertura de salud
- Los hijos de su pareja sin casarse
- Sus padres que viven con usted, pero que hacen su propia declaración de impuestos (si usted tiene más de 21 años de edad)
- Otros familiares adultos que presentan sus propias declaraciones de impuestos

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

**Complete el paso 2 para cada persona en su familia.** Empiece con usted y luego añada a otros adultos y menores. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará hacer una copia de las páginas y ponerlas adjunto. Usted no tiene que proveer el estado migratorio o número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que provea de manera privada y segura como es requerido por ley. Usaremos la información personal sólo para verificar si es elegible para cobertura de salud.



**¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 1 (empiece con usted mismo(a))

Complete el paso 2 para usted mismo(a), su cónyuge/pareja e hijos(as) que vivan con usted y cualquier otra persona en su declaración federal de impuestos, si usted rinde una declaración de impuestos. Vea la 1ra página para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde añadir a los miembros de su familia que vivan con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, Apellido, Sufijo \_\_\_\_\_ 2. Parentesco con usted  
**USTED MISMO**

3. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ 4. Sexo  Masculino  Femenino

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

**Necesitamos esto si quiere cobertura de salud y tiene un Número de Seguro Social.** Proveer su SSN puede ayudar aunque no quiera cobertura de salud ya que puede ayudar a acelerar el proceso de solicitud. Usamos los números de Seguro Social para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para ayuda con el costo de cobertura de salud. 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 1-800-255-0135.

### 6. ¿Planea presentar una declaración de impuesto federal el PRÓXIMO AÑO?

(Aunque no presente una declaración de impuestos, usted puede solicitar para seguro de salud.)

**SÍ. Si sí**, por favor, conteste las preguntas a–c.  **NO. Si no**, salte a la pregunta c.

a. ¿Va a declarar conjunto con su cónyuge?  Sí  No

**Si sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Va a reclamar algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si sí**, haga una lista del (los) dependiente(s): \_\_\_\_\_

c. ¿Será usted reclamado(a) como un(a) dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si sí**, por favor mencione el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su parentesco con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

7. ¿Está embarazada?  Sí  No Si sí, ¿cual es la fecha esperada de alumbramiento / / ; y cuantos bebés está esperando? \_\_\_\_\_

### 8. ¿Necesita cobertura de salud?

(Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o un costo más bajo.)

**SÍ. Si sí**, conteste todas las preguntas abajo.



**NO. Si no**, salte a las preguntas sobre ingresos en la página 3.

Deje el resto de esta página en blanco



9. ¿Tiene una condición física, mental o de salud emocional que le cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, actividades diarias, etc) o vive en un centro médico o un hogar ancianos?  Sí  No

10. ¿Es usted un(a) ciudadano(a) de los Estados Unidos o nacional de los Estados Unidos?  Sí  No

### 11. Si usted no es ciudadano(a) o nacional de los Estados Unidos, ¿es un inmigrante calificado?

Sí. Llene la información de su tipo de documento y número de ID abajo.

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

b. Número de ID de documento \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido usted en los Estados Unidos desde el 1996?  Sí  No

d. ¿Es usted o su cónyuge o padre (madre) un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos?  Sí  No

12. ¿Usted quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?  Sí  No

13. ¿Vive usted con al menos un menor de 19 años y usted es el cuidador(a) principal de este menor?  Sí  No

14. ¿Es usted un estudiante a tiempo completo?  Sí  No 15. ¿Estuvo usted en cuidado tutelar a la edad de 18 años o mayor?  Sí  No

### 16. Si es hispano/latino (OPCIONAL—marque todas las que aplican.)

Mexicano  Mexicanoamericano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

### 17. Raza (OPCIONAL—marque todas las que aplican.)

Blanco  Indígena estadounidense o de Alaska  Filipino  Vietnamita  
 Negro o afroamericano  De la India  Japonés  Otro asiático  
 Chino  Coreano  Indígena de Hawái

**¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

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

### Trabajo actual e Información de ingresos

**Empleado**

Si está empleado actualmente, díganos sobre sus ingresos. Empezar con la pregunta 18.

**No empleado**

Salte a la pregunta 28.

**Trabajo por cuenta propia**

Salte a la pregunta 27.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador	19. N° de teléfono del empleador ( ) -
20. Sueldos/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> 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. N° de teléfono del empleador ( ) -
24. Sueldos/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual \$ _____	
25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	

26. El  cambio de trabajo?  dejó de trabajar?  empezó a trabajar menos horas?  empezó a trabajar más horas?  ninguno

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

a. tipo de trabajo

b. ¿Cuánto ingresos netos (ganancias una vez se hayan pagado los gastos del negocio) recibirá de su trabajo por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

28. **OTRO INGRESO:** Marque todas las que apliquen y dé la cantidad y cada cuanto la recibe.

**NOTA:** Usted no necesita decirnos sobre los ingresos de manutención infantil, pagos de veterano o Ingresos del Seguro Suplementario.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cantidad neta de pesca u cultivos	\$ _____	¿Frecuencia?
<input type="checkbox"/> desempleo	<input type="checkbox"/> Rental/regalis netas	\$ _____	¿Frecuencia
<input type="checkbox"/> Pensiones	Otros ingresos	\$ _____	¿Frecuencia
<input type="checkbox"/> Seguro Social	Tipo _____		
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro			
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia			

29. **DEDUCCIONES** Marque todas las que aplican y dé la cantidad y cada cuánto la paga.

Si paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración de impuestos federales y nos deja saber, su costo de cobertura de salud pudiera ser un poco menos.

**NOTA:** No debe incluir los costos netos que ya declaró en su respuesta de trabajo por cuenta propia (pregunta 27b).

pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_  Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_

Intereses del préstamos estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Cada cuánto? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

**?** ¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

30. **INGRESO ANUAL:** Complete sólo si sus ingresos cambian cada mes. Sino espera cambios en sus ingresos mensuales, salte a la próxima persona.



Su total de ingresos <b>este año</b> \$ _____	El total de sus ingresos el <b>próximo</b> año (si piensa que será diferente) \$ _____
--	---

**GRACIAS! Es todo lo que necesitamos saber de usted.**

**PASO 2: PERSONA 2**

Complete el paso 2 para usted mismo(a), su cónyuge/pareja e hijos(as) que vivan con usted y cualquier otra persona en su declaración federal de impuestos, si usted rinde una declaración de impuestos. Vea la 1ra página para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde añadir a los miembros de su familia que vivan con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, Apellido, Sufijo _____	2. Parentesco con usted _____
--	-------------------------------

3. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	--

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

**Necesitamos esto si quiere cobertura de salud y tiene un Número de Seguro Social**

6. ¿Vive con usted la PERSONA # 2?  Sí  No

**Sino**, escriba la dirección: \_\_\_\_\_

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

(Aunque no presente una declaración de impuestos, usted puede solicitar para seguro de salud)

**Sí. Si sí**, por favor, conteste las preguntas a–c.  **NO. Si no**, salte a la pregunta c.

a. ¿La PERSONA # 2 presentará una declaración de impuestos con un cónyuge?  Sí  No

**Si sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿La PERSONA # 2 va a reclamar algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si sí**, haga una lista del (los) dependiente(s): \_\_\_\_\_

c. ¿Será la PERSONA # 2 reclamada como un(a) dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si sí**, por favor mencione el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el parentesco de la PERSONA # 2 con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Está embarazada la PERSONA # 2?  Sí  No a. Si sí, ¿cual es la fecha esperada de alumbramiento /\_/\_ ; y cuantos bebés está esperando? \_\_\_\_\_

**9. ¿Necesita cobertura de salud la PERSONA # 2?**

(Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o un costo más bajo.)

**Sí. Si sí**, conteste todas las preguntas abajo.  **NO. Si no**, salte a las preguntas sobre ingresos en la página 5.



Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿Tiene la PERSONA # 2 una condición física, mental o de salud emocional que le cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, actividades diarias, etc) o vive en un centro médico o un hogar de ancianos?  Sí  No

11. ¿Es la PERSONA # 2 un(a) ciudadano(a) de los Estados Unidos o nacional de los Estados Unidos?  Sí  No

**12. Si la PERSONA # 2 no es ciudadano(a) o nacional de los Estados Unidos, ¿es un inmigrante calificado?**

Sí. Llene la información de su tipo de documento y número de ID abajo.

a. Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_ b. Número de ID de documento \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido la PERSONA # 2 en los Estados Unidos desde el 1996?  Sí  No d. ¿Es la PERSONA # 2 o su cónyuge o padre (madre) un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos?  Sí  No



**¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

13. ¿La PERSONA # 2 quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Vive la PERSONA # 2 con al menos un menor menor de 19 años y usted es el cuidador(a) principal de este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿Estuvo la PERSONA # 2 en cuidado tutelar a la edad de 18 o mayor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

**Por favor, conteste las siguientes preguntas si la PERSONA # 2 es menor de 19 años.**

16. ¿Tuvo la PERSONA # 2 seguro de salud y lo perdió en los últimos dos meses?  Sí  No  
 a. Si sí, fecha en que terminó: \_\_\_\_\_ b. Razón por la cual terminó el seguro: \_\_\_\_\_

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

18. Si es hispano/latino (OPCIONAL—marque todas las que aplican.)  
 Mexicano  Mexicanoamericano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. Raza (OPCIONAL—marque todas las que aplican.)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> De la India	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro asiático
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Indígena de Hawái

**Ahora, díganos sobre cualquier tipo de ingresos de la PERSONA # 2 en la parte de atrás.** 

## PASO 2: PERSONA 2

### Trabajo actual e Información de ingresos

**Empleado**

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

**No empleado**

Salte a la pregunta 30.

**Trabajo por cuenta propia**

Salte a la pregunta 29.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. N° de teléfono del empleador ( ) -
22. Sueldos/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> 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. N° de teléfono del empleador ( ) -
26. Sueldos/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual \$ _____	
27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	

28. El año pasado,  ¿cambio de trabajo?  ¿dejó de trabajar?  ¿empezó a trabajar menos horas?  ¿empezó a trabajar más horas?  Ninguno

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

a. tipo de trabajo

b. ¿Cuánto ingresos netos (ganancias una vez se hayan pagado los gastos del negocio) recibirá de su trabajo por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

30. **OTRO INGRESO:** Marque todas las que apliquen y dé la cantidad y cada cuánto la recibe.

**NOTA:** Usted no necesita decirnos sobre los ingresos de manutención infantil, pagos de veterano o Ingresos del Seguro Suplementario.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cantidad neta de pesca u cultivos	\$ _____	¿Frecuencia?		
<input type="checkbox"/> desempleo	\$ _____	¿Con qué _____	<input type="checkbox"/> Rental/regalis netas	\$ _____	¿Frecuencia
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué _____	Otros ingresos	\$ _____	¿Frecuencia
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué _____	Tipo _____		
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué _____			
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	¿Con qué _____			

31. **DEDUCCIONES** Marque todas las que aplican y dé la cantidad y cada cuánto la paga.

Si la PERSONA # 2 paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración de impuestos federales y nos deja saber, su costo de cobertura de salud pudiera ser un poco menos.

**NOTA:** No debe incluir los costos netos que ya declaró en su respuesta de trabajo por cuenta propia (pregunta 29b)

<input type="checkbox"/> pensión alimenticia	\$ _____	¿Cada cuánto? _____	Otras deducciones	\$ _____	¿Cada cuánto? _____
<input type="checkbox"/> Intereses del préstamos estudiantil	\$ _____	¿Cada cuánto? _____	Tipo _____		

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solo si los ingresos de la PERSONA # 2 cambian cada mes.

Si no espera cambios en ingresos mensuales de la PERSONA # 2, agregue otra persona o salte a la próxima sección.

Total de ingresos <b>este año</b> para la PERSONA # 2	El total de ingresos el <b>próximo año</b> para la PERSONA # 2 (si piensa que será diferente)
\$ _____	\$ _____

**¡GRACIAS! Es todo lo que necesitamos saber de la PERSONA # 2.**

Si tiene más de dos personas que incluir, haga una copia del paso 2: Persona # 2 (páginas 4 y 5) y complete.

**?** ¿Necesita ayuda con su solicitud? Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 3

### Familiares de indios americanos o nativos de Alaska (AI/AN, por sus siglas en ingles)

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

- Si **No**, salte al paso 4.  
 **Sí. Si sí**, vaya al anejo B.

## PASO 4

### La cobertura de salud de su familia

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

#### 1. ¿Hay alguien inscrito en algunas de las siguientes coberturas de salud?

- Sí. Si sí**, verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre de la persona al lado del tipo de cobertura que tienen.  **NO.**

Medical Assistance \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (No marque si tiene cuidado directo o Line of Duty)

Programas de cuidado de salud de Veteranos \_\_\_\_\_

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

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

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Es esta una cobertura de COBRA?  Sí  No

¿Es éste un plan de salud de jubilación?  Sí  No

Otro

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_


¿Es éste un plan con beneficios limitados (como una póliza escolar de accidente)?  Sí  No

#### 2. ¿A alguien listado en esta solicitud le han ofrecido una cobertura de salud de un trabajo? Marque Sí aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona como un padre (madre) o cónyuge.

- Sí. Si sí**, necesitará completar e incluir el anejo A.  
 **NO. Sino, continúe al paso 5.**

#### PRA Cláusula de Divulgación

De acuerdo con La Ley de Reducción de Papeleo del 1995, ninguna persona es requerida a responder a una serie de información a menos que exponga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta serie de información es 0938-1191. El tiempo que se necesita para completar esta recaudación de información se estima en un promedio [Indique el tiempo (horas o minutos)] por respuesta, incluido el tiempo de revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recaudación de la información. Si tiene comentarios relacionados a la exactitud del estimado de tiempo o sugerencias de como mejorar este formulario, por favor 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 [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.



# PASO 5

## Lea y firme esta solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a penalizaciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o no verdadera.
- Debe informar de dichos cambios dentro de los 10 días calendarios siguientes a la fecha en que ocurra el cambio. Puedo visitar [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llamar al **1-877-423-4746** para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio de mi información podría afectar la elegibilidad para los miembros de mi hogar.
- Entiendo que bajo la ley federal, no se permite discriminación por motivos de raza color de piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación llamando al Denunciante de Georgia, la Oficina del Inspector General (OIG), el Programa de Sección de Integridad al 404-463-7590 o sin costo alguno al 1-800-533-0686.
- Confirmando que nadie solicitando seguro de salud en esta solicitud está encarcelado (detenido o en prisión). Si no, \_\_\_\_\_ está encarcelado.

(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda pagando cobertura de salud si decide solicitar. Vamos a verificar sus respuestas usando la información en nuestra base de datos electrónica y la base de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento del Trabajo (DOL), TALX (el número de identificación del trabajo), el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de información crediticia del consumidor. Si la información no concuerda, podríamos pedirle que nos envíe verificación.

### Renovación de cobertura en los próximos años

Para facilitar mi elegibilidad para ayuda pagando por cobertura de salud en años futuros, estoy de acuerdo en permitir a las Agencias de Seguro de Salud, DFCS y el Mercado Facilitado Federal (FFM, por sus siglas en inglés) para usar los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. Las Agencias de Seguro de Salud, DFCS, y la FFM me enviará un aviso, me permitirá hacer cualquier cambio y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Sí, renueve mi elegibilidad automáticamente por los próximos

5 años (el máximo número de años permitido), o por una menor cantidad de años:

4 años    3 años    2 años    1 año    No use la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

### Si alguien en esta solicitud es elegible para Asistencia Médica


- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos de buscar y conseguir cualquier dinero de otras seguros de salud, acuerdos legales u otros terceros participantes. También le doy a la agencia de Asistencia Médica los derechos de buscar y conseguir apoyo médico de un cónyuge o padre (madre).
- ¿Hay algún menor en esta solicitud que tenga un padre (madre) viviendo fuera del hogar?    Sí    No
- Si sí, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra apoyo médico de un padre (madre) ausente. Si pienso que tener que cooperar para cobrar apoyo médico me hará daño a mí o a mis hijos(as), le puedo dejar saber a Medicaid y podría no tener que cooperar.

### Mi derecho a apelar

Si pienso que las Agencias de Seguro de Salud, DFCS y las FFM han cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en las Agencias de Seguro de Salud, DFCS o el FFM que pienso que la acción tomada está equivocada y pedir para una revisión justa de la acción. Sé que puedo enterarme de cómo apelar comunicándome con la División de Servicios para Familia y Niños (DFCS) al **1-877-423-4746**. Sé que puedo ser representado(a) en este proceso por otra persona que no sea yo. Mi elegibilidad y otra información importante me será explicada.

**Firme esta solicitud.** La persona que llene 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 Anejo C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------	--------------------


 **¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## **PASO 6** Envíe la solicitud completa.

Envíe su solicitud firmada a la dirección abajo:

**Division of Family and Children Services**  
**Customer Contact Center**  
**P.O. Box 4190**  
**Albany, GA 31706**

Si quiere registrarse para votar, puede completar un formulario de registro electoral en [www.sos.ga.gov](http://www.sos.ga.gov).

 **¿Necesita ayuda con su solicitud?** Visite [Compass.ga.gov](http://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**. Si necesita ayuda en algún idioma que no sea inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le buscaremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.