



Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos

Utilice esta solicitud para ver para qué cobertura califica

Planes de seguro médico privados y asequibles que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse saludable.

Un crédito tributario nuevo que puede ayudarlo a pagar sus primas de la cobertura de salud de inmediato.

Seguro gratuito o de bajo costo de **Asistencia Médica**.

Puede calificar para obtener un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4).

¿Quiénes pueden utilizar esta solicitud?

Utilice esta solicitud para aplicar para cualquier miembro de su familia.

Realice la solicitud incluso si usted o su hijo/a ya tiene cobertura de salud.

Puede ser elegible para recibir una cobertura de menor costo o gratuita.

Si es soltero/a, puede utilizar un formulario más corto. Ingrese a

[HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).

Las familias que incluyen inmigrantes pueden realizar la solicitud.

Puede realizar la solicitud para su hijo/a incluso si usted no es elegible para

la cobertura. Realizar la solicitud no afectará su estado de inmigración ni

las posibilidades de convertirse en un residente o ciudadano permanente.

Si alguien le está ayudando a completar este formulario, es posible que

necesite completar el Anexo C.

Realice la solicitud en línea más rápido

Realice la solicitud en línea más rápido en gateway.ga.gov.

Lo que puede necesitar para realizar la solicitud

Los Números de Seguro Social (o los números de documento para cualquier persona inmigrante legal que necesite el seguro)

La información del empleador y de los ingresos para todos los miembros de su familia (por ejemplo, de los recibos de pago, formularios W-2, o de las declaraciones de salario o de impuestos)

Números de póliza de cualquier seguro médico actual

Información sobre cualquier seguro médico relacionado al empleo que esté disponible para su familia.

Por qué le solicitamos esta información?

Le solicitamos información sobre los ingresos y otra información para determinar si califica para qué cobertura

califica y si puede obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos segura y privada** toda la información que proporciona, **según lo exige la ley.**

¿Qué sucede a continuación?

Envíe la solicitud completa y firmada a la dirección que figura en la página 8.

Si no tiene toda la información que solicitamos, firme y envíe la solicitud de todas maneras. Nos pondremos en contacto con usted dentro de 1 a 2 semanas. Obtendrá instrucciones para realizar los siguientes pasos para completar su cobertura de salud. Si no obtiene respuesta de nuestra

parte, ingrese a gateway.ga.gov o llame al **1-877-423-4746**. Completar esta solicitud no quiere decir que tiene que comprar la cobertura de salud.

Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** gateway.ga.gov
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-877-423-4746**.
- **En persona:** Es posible que hayan asesores en su área que pueden ayudarlo. Ingrese a nuestro sitio web o llame al **1-877-423-4746** para obtener más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-877-423-**

? **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a 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 otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Formulario 94a (Rev. 1/22)

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, y sufijo			
2. Dirección del hogar (Deje en blanco si no tiene uno.)			3. Número de departamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Dirección de correo postal (si es distinta a la dirección del hogar)			9. Número de departamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado
14. Número de teléfono () -		15. Otro número de teléfono () -	
16. Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico:			

17. ¿Cuál es su idioma de preferencia hablado o escrito? (si no es el inglés)? _____ Si se necesita una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí ___ No ___

*Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway. Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en www.gateway.ga.gov para actualizar la configuración de las notificaciones.

Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

PASO

Cuéntenos sobre su familia.

¿A quiénes necesita incluir en esta solicitud?

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

INCLUYA a:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos/as menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja sin casarse que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años que usted cuide y viva con usted.

NO es necesario que incluya a:

- Su pareja sin casarse que no necesita cobertura de salud
- Los hijos/as de su pareja sin casarse
- Sus padres que viven con usted, pero presentan sus propias declaraciones de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan sus propias declaraciones de impuestos



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

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

Complete el Paso 2 para cada persona en su familia. Comience con usted, luego agregue otros adultos/as o niños/as. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará realizar una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que proporcione el estado de inmigración o un Número de Seguro Social (SSN, en inglés) para los miembros de la familia que no necesitan la cobertura de salud. Mantendremos segura y privada toda la información que proporciona, según lo exige la ley. Utilizaremos la información personal solo para verificar si es elegible para obtener la cobertura de salud.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente del idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

PASO 2: PERSONA (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los niños/as que viven con usted o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar aún así a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo _____ 2. ¿Vínculo con usted?
USTED

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ 4. Sexo Masculino Femenino

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

Lo necesitamos si desea obtener la cobertura de salud y tiene un SSN. Proporcionar su SSN también puede ser de ayuda si no desea obtener la cobertura de salud ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quiénes son elegibles para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien desea recibir ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o ingrese a [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-255-0135.

6. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.)

SÍ Si la respuesta es sí, responda las preguntas a–c. **NO.** Si la respuesta es no, diríjase a la pregunta c.

a. ¿Presentará de manera conjunta con un cónyuge? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de el/la cónyuge: _

b. ¿Reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes: _

c. ¿Usted será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona que presenta impuestos: _ ¿Qué relación tiene con la persona que presenta impuestos? _

7. ¿Está embarazada? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto estimada / / ; y cuántos bebés se esperan?

Si la respuesta es no, ¿dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? / / ; y cuántos bebés nacieron/se esperaban?

8. ¿Necesita una cobertura de salud?



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al 1-877-423-4746 e infórmele al representante de atención al cliente del idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-255-0135.

(Incluso si tiene seguro, puede existir un programa con una mejor cobertura o con costos más bajos.)

- Sí. Si la respuesta es sí**, responda todas las preguntas a continuación. **NO. Si la respuesta es no**, DIRÍJASE a las preguntas sobre los ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Tiene una condición de salud física, mental, o emocional que genere limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc) o vive en una institución médica u hogar de cuidados? Sí No

10. ¿Es un/a ciudadano/a de los EE.UU. o nacional de EE.UU.? Sí No

11. **Si no es un ciudadano/a de EE.UU. ni nacional de EE.UU.**, ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí. Complete el tipo de documento y el número de ID a continuación.

a. Tipo de documento de inmigración _

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

b. Número de documento de ID _

d. ¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EEUU? Sí

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

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

14. ¿Es usted un/a estudiante de tiempo completo? Sí No

15. ¿Estuvo en un hogar de acogida a los 18 años? Sí No

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

Mexican Mexicano- Chicano Puertorriqueño Cuban Otro _

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

Blanca
 Negra o afroamericana

Indio-americana o nativa de Alaska
 Indo-asiática china

Filipina
 japonesa
 coreana

Vietnamita
 Otra Asiática
 Nativa Hawaiana

Guameña o Chamorra
 Samoana
 Otra Isla del Pacífico
 Otra



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

PASO 2: PERSONA (Continúe con su información propia)

Empleo actual e información de ingresos

Con empleo

Si está empleado/a actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 18.

Sin empleo

Diríjase a la pregunta 28.

Empleo por cuenta propia

Diríjase a la pregunta 27.

EMPLEO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador _____

19. Número de teléfono del empleador () - _____

20. Salarios/propinas (antes Por Por Cada 2 Dos veces al Mensua Anual

\$ _

21. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos 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 los impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _

25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

26. **En el último año:** cambió de trabajo dejó de trabajar comenzó a trabajar menos horas comenzó a trabajar más horas ninguna de las anteriores

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

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes? \$ _

28. **OTROS INGRESOS:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo obtiene.

AVISO: No es necesario que nos informe sobre la manutención infantil, el pago de veteranos, ni la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Agricultura/pesca nata	\$	¿Frecuencia?
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$	¿Frecuencia?	<input type="checkbox"/> Renta neta/regalías	\$	¿Frecuencia?
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$	¿Frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otro ingreso	\$	¿Frecuencia?
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$	¿Frecuencia?	Tipo: _		
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$	¿Frecuencia?			
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$	¿Frecuencia?			

29. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

AVISO: No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 27b).

<input type="checkbox"/> Pensión pagada	\$ _	¿Frecuencia? _	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _	¿Frecuencia? _
<input type="checkbox"/> Interés del préstamo estudiantil	\$ _	¿Frecuencia? _	Tipo: _		

30. **INGRESO ANUAL:** Complételo únicamente si su ingreso cambia de mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, diríjase a la siguiente persona. ➔

Su ingreso total este año \$ _____	Su ingreso total el año próximo (si piensa que será distinto) \$ _____
--	--

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

NECESITA AYUDA/CONSU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los niños/asque viven con usted o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerdeagregar aún así a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo _____ 2. ¿Vínculo con usted? _____

3. Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa) _____ 4. Sexo Masculino Femenino

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

Lo necesitamos si desea obtener una cobertura de salud y tiene un SSN.

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección Sí No

Si la respuesta es no, indique la dirección: _____

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

(Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.)

SÍ. Si la respuesta es sí, responda las preguntas a–c. **NO.** Si la respuesta es no, diríjase a la pregunta c.

a. ¿La PERSONA 2 presentará de manera conjunta Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de el/la cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 2 reclamará a alguna persona como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes: _____

c. ¿La PERSONA 2 será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona que presenta impuestos: _____ ¿Qué relación tiene la PERSONA 2 con la persona que presenta impuestos? _____

8. ¿La PERSONA 2 está embarazada? Sí No

9. Si la respuesta es sí, cuál es la fecha de parto estimada / / ; y cuántos bebés se esperan _____

Si la respuesta es no, ¿la PERSONA 2 dio a luz o un embarazo se interrumpió para la PERSONA 2 en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo de la PERSONA 2? / / ; y cuántos bebés nacieron/se esperaban? _____

10. **¿La PERSONA 2 necesita una cobertura de salud?**

(Incluso si tiene seguro, puede existir un programa con una mejor cobertura o con costos más bajos.)

SÍ. Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas a continuación

NO. Si la respuesta es no, DIRÍJASE a las preguntas sobre los ingresos en la página 5.

Deje el resto de esta página en blanco.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

11. ¿La PERSONA 2 tiene una condición de salud física, mental, o emocional que genere limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc) o vive en una institución médica u hogar de cuidados? Sí No
12. ¿La PERSONA 2 es un/a ciudadano/a de los EE.UU. o nacional de EE.UU.? Sí No
13. Si la PERSONA 2 no es **un/a ciudadano/a de EE.UU. ni nacional de EE.UU.**,
 ¿tiene **un estado** de inmigración elegible? Sí Complete el tipo de documento y el número de ID de el/ella a continuación.
- a. Tipo de documento b. Número de documento ID_
- c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en EE.UU. desde 1996? Sí No d. ¿La PERSONA 2, o su cónyuge o padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

- | | | |
|--|--|---|
| 13. ¿La PERSONA 2 desea obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un/a niño/a menor de 19 años, y es la persona principal que cuida de este niño/a?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. ¿La PERSONA 2 estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|--|---|

Responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 es menor de 19 años.

16. ¿La PERSONA 2 tenía seguro médico y lo perdió en los últimos 2 meses? Sí No
 a. Si la respuesta es sí, fecha de finalización: b. Motivo por el cual finalizó el seguro:

17. ¿La PERSONA 2 es un/a estudiante de tiempo completo? Sí No

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

- Mexicano Mexicano estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otro

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

- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Indio-americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Indo-asiática | <input type="checkbox"/> japonesa | <input type="checkbox"/> Otra Asiática | <input type="checkbox"/> Samoana |
| | <input type="checkbox"/> china | <input type="checkbox"/> coreana | <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana | <input type="checkbox"/> Otra Isleña del Pacifico |
| | | | | <input type="checkbox"/> Otra |

Ahora, infórmenos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en el reverso. 

PASO 2: PERSONA 2

Empleo actual e información de ingresos

Con empleo

Si está empleado/a actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20.

Sin empleo

Diríjase a la pregunta 30.

Empleo por cuenta propia

Diríjase a la pregunta 29.

EMPLEO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador

21. Número de teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes Por Por Cada 2 semanas Dos veces al mes Anual

\$ _

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos 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 los impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año: cambió de trabajo dejó de trabajar comenzó a trabajar menos horas comenzó a trabajar más horas ninguna de las anteriores

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

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes?

\$ _

30. **OTROS INGRESOS:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo obtiene.

AVISO: No es necesario que nos informe sobre la manutención infantil, el pago de veteranos, ni la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguna

Desempleo \$ ¿Frecuencia?

Pensiones \$ ¿Frecuencia?

Seguro Social \$ ¿Frecuencia?

Cuentas de jubilación \$ ¿Frecuencia?

Pensión alimenticia \$ ¿Frecuencia?

Agricultura/pesca nata \$ ¿Frecuencia?

Renta neta/regalías \$ ¿Frecuencia?

Otro ingreso \$ ¿Frecuencia?

Tipo: _

31. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que **corresponda**, e indique el monto y cada cuánto lo paga .

Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

AVISO: No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 29b).

Pensión pagada \$ _ ¿Con qué frecuencia? _ Otras deducciones \$ _ ¿Con qué frecuencia? _

Interés del préstamo estudiantil \$ _ ¿Con qué frecuencia? _ Tipo: _

32. **INGRESO ANUAL:** Complételo únicamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes.

Si no se esperan cambios en el ingreso mensual de la PERSONA 2, agregue a otra persona o diríjase a la próxima sección.

Ingreso total de la PERSONA 2 **este año**

\$

Ingreso total de la PERSONA 2 **el año próximo (si piensa que será distinto)**

\$

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

Si tiene a más de dos personas para incluir, realice una copia del paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y complétalas.



NECESITA AYUDA/CONSULTA SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

PASO

Miembros familiares indio-americanos o nativos de Alaska

1. ¿Usted o alguien en su familia es indio-americano o nativo de Alaska?

- Si la respuesta es **no**, diríjase al paso 4.
- Sí**. Si la respuesta es **sí**, diríjase al Anexo B.

PASO 4 La cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquier persona que necesite una cobertura de salud.

1. ¿Alguien está inscrito en una de las siguientes coberturas de salud en la actualidad?

Sí. Si la respuesta es **sí**, marque el tipo de cobertura y escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) al lado de la cobertura que tienen. **NO**.

Asistencia Médica _____

Medicare

TRICARE (No marque nada si tiene atención directa o Line of Duty)

VA Programas de atención médica _____

Cuerpos de Paz _____

Seguro del empleador: _____

Nombre del seguro médico: _____

Número de póliza: _____

¿Es una cobertura COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud de jubilado/a? 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. ¿A alguien indicado en esta solicitud se le ofrece una cobertura de salud de un empleo? Marque sí incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como de un padre o cónyuge.

Sí. Si la respuesta es **sí**, deberá completar e incluir el Anexo A.

NO. Si la respuesta es **no**, continúe al Paso 5.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde):

¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí ___ No ___ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de la lengua de señas ___; TTY ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; Retransmisión en video ___; Intérprete de habla con clave ___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente del idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

al hogar) ____; Otra:_____

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ____ o permanentemente ____? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Declaración informativa de la PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Control y Presupuesto (OMB, en inglés) válido. El número de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1191. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de [Insertar tiempo (horas o minutos)] por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto a la precisión de el tiempo estimado 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 CONSU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que proporcionaré respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que puedo estar sujeto/a a sanciones conforme a la ley federal si proporciono información falsa e incierta.
- Estoy al tanto de que debo informar cualquier cambio dentro de los 10 días calendarioa partir de la fecha en la que sucedió el cambio. Puedo ingresar a [gateway. ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llamar al **1-877-423-4746** para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para miembro(s) de mi unidad familiar.
- Conirmo que ninguna persona que realiza una solicitud para el seguro médico en esta solicitud está presa (detenida o recluida). Si no, _____ está preso/a.

(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para obtener la ayuda para pagar la cobertura de salud si usted elige solicitarla.

Verificaremos sus respuestas al utilizar la información en nuestras bases de datos electrónicas y en las bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Trabajo (DOL), el TALX (número de trabajo), el Departamento de Seguridad Nacional y una agencia de información sobre consumidores. Si la información no coincide, es posible que le solicitemos 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 médica en los próximos años, acepto permitir que las agencias de seguros médicos, elDFCSy el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal (FFM, en inglés) utilicen datos de los ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos.. Las agencias de seguro médico, el DFCS y el FFM me enviarán un aviso, me permitirán realizar cualquier cambio, y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente para los próximos

- 5 años (la cantidad máxima de años permitidos), o para una menor cantidad de años:
- 4 años 3 años 2 años 1 año No utilizar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Si alguien en esta solicitud es elegible para la Asistencia Médica

- Doy a la agencia de Asistencia Médica nuestros derechos para buscar y obtener cualquier dinero de otro seguro médico, acuerdos legales, u otros terceros. También doya la agencia de Asistencia Médica los derechos para buscar y obtener asistencia médica para un cónyuge o padre/madre.
- ¿Algún niño/a en esta solicitud tiene un/a padre/madre que vive fuera del hogar? Sí No
- Si la respuesta es sí, estoy al tanto de que me solicitarán la cooperación con la agencia que cobra la asistencia médica de un/a padre/madre ausente. Si considero que cooperar para el cobro de la



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

asistencia médica me hará daño a mí o a mi hijo/a, puedo informarle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

Mi derecho a apelar

Si considero que las agencias de seguro médico, el DFCS y el FFM han cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa informarle a alguien en las agencias de seguro médico, el DFCS o el FFM que considero que la acción es incorrecta, y solicitar una revisión imparcial de la acción. Estoy al tanto de que puedo informarme sobre cómo apelar al comunicarme con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) al **1-877-423-4746**. Estoy al tanto de que puedo ser representado/a en el proceso por alguien que no sea yo. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

Firme esta solicitud. La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si es un/a representante autorizado/a puede firmar aquí, siempre que haya proporcionado la información requerida en el Anexo C.

Firma	Fecha
-------	-------

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los/as representantes autorizados/as (si corresponde):



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

¿El/la representante autorizado/a tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí ___ No ___ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de la lengua de señas___; TTY ____; Letra grande ____; Comunicación electrónica (correo electrónico)____; Braille ____; Retransmisión en video ____ ; Intérprete de habla con clave___ ; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ____; Firma telefónica (si corresponde) ____; Entrevista presencial (visita al hogar) ____; Otra:_____

¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ____ o permanentemente ____? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.



PASO 6 Envíe por correo la solicitud completa.

Envíe por correo la solicitud firmada a la dirección que figura a continuación:

**División de Servicios para
Familias y Niños Centro de
Atención al Cliente
P.O. Box 4190
Albany, GA
31706**

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE

Si no está registrado/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse para votar aquí en la actualidad?

_____ Sí

_____ No

_____ No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

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

Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones, y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador/a del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Para denunciar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al (404) 463-7590 (local) o al (800) 533-0686 (línea gratuita); por correo electrónico al oiganonymous@dch.ga.gov; por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Aviso de derechos de la ADA / Sección 504

Ayuda para personas con discapacidades

La ley federal * exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad, o en cargas financieras y administrativas excesivas.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación

Comuníquese con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con su administrador/a del caso o llamar al DFCS al (404) 657-3433 o al DCH al (678) 248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizarsusolicitud mediante el uso del formulario de solicitud de modificación razonable de DFCS ADA, el cual está disponible en su oficina del DFCS local o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificación razonable de DCH ADA en la oficina del equipo de DCH Katie Becket (KB) o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

Cómo presentar un reclamo

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lenguaje de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede realizar un reclamo oralmente o por escrito al comunicarse con su administrador/a del caso, su oficina del



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

DFCS local, o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB TEAM ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, o en PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449.

Puede pedirle a su administrador/a del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comunique con nosotros.

También puede presentar un reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU. se encuentra dentro de la "Declaración conjunta de no discriminación USDA-HHS" incluida en este documento.

** La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén exentas de discriminación ilegal.*



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Conforme a la política del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, también puede presentar otros reclamos por discriminación comunicándose con la oficina de DFCS local , o los Derechos Civiles de DFCS, Coordinador de ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. En caso de reclamos que aleguen discriminación sobre la base de un dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de dominio limitado del inglés y discapacidad sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, Ste. 29-103, Atlanta, GA 30303, or call (404) 657-5244.

Conforme a la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios en función de su raza, edad, sexo, , discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.



Declaración de no discriminación

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo o religión.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (Estatad o local) donde solicitaron los beneficios. Además, la información del programa estará disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y de Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU., escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights (Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles), Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. **20201 o llame al (800) 368-1019 (llamada de voz) o (800) 537-7697 (TTY).**

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

Cualquier persona o representante de un/a solicitante o participante de Katie Beckett puede presentar un reclamo verbal o escrito que alegue discriminación ilegal comunicándose con el Coordinador de Derechos Civiles



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

de DCH, Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones, División de Planes de Asistencia Médica, DCH al 404-967- 0401 (local), o por correo electrónico a DCH.CivilRights@dch.ga.gov, o por correo postal de EE.UU. a:

Departamento de Salud Comunitaria de Georgia
Coordinador de Derechos Civiles de DCH
Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones
División de Planes de Asistencia Médica
2 Peachtree Street, NW
37th Floor
Atlanta, GA 30303



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Ingrese a gateway.ga.gov o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente del idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.