



## Application for Health Coverage and Help Paying Costs

DHS Office  
Phone # 641-424-8641

(Solicitud de cobertura médica y asistencia para abonar el costo)

### Utilice este formulario para averiguar el tipo de cobertura para el que califica

- ◆ Planes de seguro médico privado y accesible que ofrecen cobertura médica integral
- ◆ Nuevo crédito fiscal que le ayudará a abonar las primas de la cobertura médica de inmediato
- ◆ Seguro gratuito o a bajo costo de Medicaid o del programa de seguro médico para niños (*Children's Health Insurance Program, CHIP*)

**Puede calificar para el programa gratuito o a bajo costo aunque gane \$94,000 por año (para una familia de 4 personas).**

### ¿Quiénes pueden utilizar este formulario de solicitud?

- ◆ Utilice este formulario para solicitar cobertura médica para toda su familia.
- ◆ Presente la solicitud aunque usted y sus hijos ya tengan cobertura médica. Podría calificar para cobertura gratuita o más barata.
- ◆ Las familias que incluyan inmigrantes pueden presentar la solicitud. Puede solicitar cobertura para sus hijos aunque usted no califique para recibirla. La presentación de la solicitud no afectará su condición migratoria, ni su posibilidad de convertirse en residente permanente o de conseguir la ciudadanía.
- ◆ En el caso de que otra persona le ayude a completar este formulario, la misma tendrá que completar la Sección 6.

### Presente la solicitud más rápido por Internet

Presente la solicitud más rápido ingresando a: [dhsservices.iowa.gov](http://dhsservices.iowa.gov).

### Qué necesita para presentar la solicitud

- ◆ Números de Social Security (o los números de los documentos de los inmigrantes legales que necesiten seguro)
- ◆ Datos de los empleadores e ingresos de todos los integrantes de su grupo familiar (por ejemplo: recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones salariales e impositivas)
- ◆ Números de las pólizas actuales de seguro médico
- ◆ Información sobre cualquier tipo de seguro médico laboral que su familia tenga a su disposición

## ¿Por qué le solicitamos estos datos?

Le preguntamos sobre sus ingresos y otros datos para poder informarle para qué cobertura califica y si puede recibir asistencia para pagarla. **Toda la información que nos entregue será confidencial y reservada, como exige la ley.**

## ¿Qué debe hacer después?

Envíe la solicitud completa y firmada al domicilio que figura en la página 16. **En el caso de no tener toda la información que le solicitamos, firme y presente su solicitud de todos modos.** Nos comunicaremos con usted dentro de los próximos 30 días para darle instrucciones sobre los pasos a seguir. Recibirá instrucciones sobre los pasos a seguir para completar su cobertura médica. Si no recibe noticias dentro de los próximos 30 días, llame al Centro de Atención de DHS al teléfono **1-855-889-7985**. Completar esta solicitud no significa que tendrá obligación de contratar la cobertura de seguro médico.

## Consiga ayuda para completar la solicitud

- ◆ **Internet:** [dhsservices.iowa.gov](http://dhsservices.iowa.gov)
- ◆ **Por teléfono:** Llame a nuestro centro de ayuda al **1-855-889-7985**.
- ◆ **Personalmente:** Es posible que en su área de residencia haya asesores que pueden ayudarle. Visite nuestra página de Internet o llame al **1-855-889-7985** para obtener más información.
- ◆ **En Español:** Llame sin costo a nuestro centro de asistencia al **1-855-889-7985**.
- ◆ Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-855-889-7985** y dígame al representante de atención al cliente qué idioma necesita. Le conseguiremos un intérprete sin costo.
- ◆ Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2942**.

## Sección 1. Infórmenos sobre usted.

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

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo			
Domicilio residencial (Si deja el espacio en blanco porque no tiene, debe darnos un domicilio postal debajo.)			Nº. de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente al domicilio residencial)			Nº. de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono		Otro teléfono	
¿Desea recibir información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico:			
Idioma oral o escrito preferido (que no sea inglés)			

## Sección 2. Infórmenos sobre su familia.

### ¿A quién debe incluir en la solicitud?

Infórmenos sobre todos los familiares que viven con usted. Si presenta declaraciones impositivas, debemos saber qué personas figuran en su declaración de ingresos. (No es obligación presentar declaraciones impositivas para conseguir cobertura médica.)

#### DEBE incluir a:

- ◆ Usted
- ◆ Su cónyuge
- ◆ Sus hijos menores de 21 años que viven con Ud.
- ◆ Su concubino/a que necesita cobertura médica
- ◆ Su pareja de hecho (no casados) que vive con usted si tienen un hijo o hijos en común
- ◆ Todas las personas que figuran en su declaración de ingresos, aunque no vivan con usted
- ◆ Los menores de 21 años que estén a su cargo y vivan con usted

#### NO ES NECESARIO que incluya a:

- ◆ Su pareja que vive con usted y no necesita seguro médico, a menos que tengan hijos en común
- ◆ Los hijos de su concubino/a
- ◆ Sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de ingresos (si usted es menor de 21 años)
- ◆ Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de ingresos

El monto de la asistencia o el tipo de programa dependerá de la cantidad de personas en su familia y sus ingresos. Estos datos nos ayudan a garantizar que todas las personas reciban la mejor cobertura posible.

**Complete la Sección 2 para cada persona de su familia.** Comience con usted y después agregue a los adultos y a los niños. Si en su familia hay más de cinco personas, tendrá que fotocopiar las páginas y adjuntarlas. No es necesario que informe la condición inmigratoria o los números de Social Security (SSN) de los familiares que no necesitan cobertura médica. Toda la información que nos entregue será confidencial y reservada como lo exige la ley. Utilizaremos sus datos personales solo para confirmar que califica para cobertura médica.

## Sección 2. Persona 1 (comience con usted)

Complete la Sección 2 con sus datos, los de su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted? <b>YO</b>
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos con el fin de averiguar quién califica para recibir asistencia para abonar el costo de la cobertura médica. Si alguien necesita ayuda para conseguir el SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [www.socialsecurity.gov/](http://www.socialsecurity.gov/). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

### ¿Va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente la declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió no**, continúe con la pregunta 3.

- Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?  
**Si respondió sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_
- Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?  
**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_
- Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, indique el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su relación con el contribuyente? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? ¿Cuál es la fecha probable del parto? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Se encuentra asignado/a a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿Necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. **Responda las siguientes preguntas.**  No. **Si respondió que no**, deje en blanco el resto de esta página y continúe en la página 3.

- Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?
- Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?
- Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible?  
**Si respondió Sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?
- Sí  No ¿Usted, su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?
- Sí  No ¿Es residente de Iowa?
- Sí  No ¿Necesita ayuda para el pago de sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y usted califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si es elegible para cobertura durante esos meses.
- Sí  No ¿Es usted una persona adulta que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?
- Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?
- Sí  No ¿Vivía en un hogar sustituto cuando tenía 18 años de edad o más?
- Sí  No Si usted tiene menos de 19 años de edad, ¿desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1.**
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes.**
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo.**

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿usted:  Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Trabajó menos horas  Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  Sí  No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

<input type="checkbox"/> Ninguno	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantiles	\$ _____		Tipo	_____	

## Sección 2. Persona 2

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 2 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

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

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la Persona 2 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha probable del parto? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 2 se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 2 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿La Persona 2 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 5.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 2 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 2 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿La Persona 2 necesita ayuda para el pago de sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y esta persona califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para cobertura durante esos meses.

Sí  No ¿La Persona 2 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 2 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

### Responda las siguientes preguntas si la Persona 2 tiene 22 años o menos:

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió sí, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1.**
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes.**
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo.**

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 2*:  
 Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Trabajó menos horas  Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_  
¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí  No  
Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

<input type="checkbox"/> Ninguno	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 2* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 2*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantes	\$ _____		\$ _____

Tipo \_\_\_\_\_

## Sección 2. Persona 3

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 3 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

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

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la Persona 3 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha probable del parto? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 3 se encuentra en prisión actualmente?

Sí  No ¿La Persona 3 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿La Persona 3 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 7.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 3 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 3 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿La Persona 3 necesita ayuda para el pago de sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y esta persona califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para cobertura durante esos meses.

Sí  No ¿La Persona 3 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 3 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

### Responda las siguientes preguntas si la Persona 3 tiene 22 años o menos:

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió sí, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China

- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas

- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ _____	Promedio de horas trabajadas por mes: _____
<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ _____	Promedio de horas trabajadas por mes: _____
<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
 Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 3*:  
 Cambió de empleo     Dejó de trabajar     Trabajó menos horas     Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí     No  
 Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
 Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 3* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 3*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantiles	\$ _____				

Tipo \_\_\_\_\_

## Sección 2. Persona 4

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 4 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

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

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la Persona 4 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha probable del parto? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 4 se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 4 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿La Persona 4 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 9.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 4 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 4 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿La Persona 4 necesita ayuda para el pago de sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y esta persona califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para cobertura durante esos meses.

Sí  No ¿La Persona 4 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 4 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

### Responda las siguientes preguntas si la Persona 4 tiene 22 años o menos:

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió sí, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China

- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas

- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1.**
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes.**
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo.**

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes: _____

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes: _____

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
 Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 4*:  
 Cambió de empleo     Dejó de trabajar     Trabajó menos horas     Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí     No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

<input type="checkbox"/> Ninguno	Frecuencia	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
 Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 4* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 4*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	Frecuencia	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantes	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____

Tipo \_\_\_\_\_

## Sección 2. Persona 5

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 5 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

**Si respondió que sí**, nombre del cónyuge:

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres:

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente:

¿Cuál es la relación de la Persona 5 con el contribuyente?

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera?

¿Cuál es la fecha probable del parto?

Sí  No ¿La Persona 5 se encuentra en prisión actualmente?

Sí  No ¿La Persona 5 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio:

### ¿La Persona 5 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 11.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 5 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 5 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿La Persona 5 necesita ayuda para el pago de sus cuentas médicas de los últimos tres meses calendario? Si su respuesta es sí, y esta persona califica en una categoría que permite la aprobación retroactiva, determinaremos si esta persona es elegible para cobertura durante esos meses.

Sí  No ¿La Persona 5 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 5 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

### Responda las siguientes preguntas si la Persona 5 tiene 22 años o menos:

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió sí, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China

- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas

- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 5*:  
 Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Trabajó menos horas  Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_  
¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí  No  
Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

	Monto	Frecuencia		Monto	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____	_____			

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 5* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 5*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

	Monto	Frecuencia		Monto	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantiles	\$ _____	_____	Tipo	_____	_____

**Sección 3. Miembros de la familia que son aborígenes estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)**

Los aborígenes estadounidenses y los nativos de Alaska pueden recibir atención médica de *Indian Health Services*, programas médicos tribales o de programas médicos urbanos para aborígenes. Además, es posible que no deban pagar costos compartidos y que puedan obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas con el fin de que su familia reciba toda la asistencia posible.

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

Sí  No ¿Usted o alguien de su familia es aborigen estadounidense o nativo de Alaska?  
**Si respondió sí**, complete los siguientes datos. **Si respondió no**, vaya a la Sección 4.

**Persona 1 AI/AN:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

**Persona 2 AI/AN:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

**Persona 1 AI/AN:**

Sí  No ¿Es miembro de una tribu con reconocimiento federal? **Si respondió que sí**, nombre de la tribu:

**Persona 2 AI/AN:**

Sí  No

Sí  No ¿Alguna vez obtuvo servicios del *Indian Health Service*, de un programa médico tribal, o de un programa médico urbano para aborígenes, o a través de remisiones hechas por estos programas?

Sí  No

Sí  No **Si respondió no**, ¿es elegible para alguno de dichos servicios?

Sí  No

\$ \_\_\_\_\_  
 Frecuencia Determinados ingresos no son contabilizables para Medicaid o *Children's Health Insurance Program* (CHIP). Indique todos los ingresos (importe y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de las siguientes fuentes:

\$ \_\_\_\_\_  
 Frecuencia

- Pagos per cápita de una tribu, provenientes de recursos naturales, derecho de uso, alquileres o regalías.
- Pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías de tierras designadas como fideicomisos por el *Department of Interior* (incluso reservas y antiguas reservas).
- Dinero proveniente de la venta de artículos con valor cultural.

## Sección 4. La cobertura médica de su familia

Responda estas preguntas sobre todas las personas que necesiten cobertura médica.

Sí  No ¿Alguien está inscripto actualmente en cobertura médica de los siguientes programas? Si respondió sí, marque el tipo de cobertura y escriba sus nombres al lado de la cobertura que tienen.

Medicaid \_\_\_\_\_

CHIP \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (No marcar si tiene atención directa o en cumplimiento del deber) \_\_\_\_\_

Programas para Veteranos \_\_\_\_\_

Cuerpos de Paz \_\_\_\_\_

Seguro del empleador

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es cobertura COBRA?  Sí  No

¿Es un plan médico para jubilados?  Sí  No

Otra

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza por accidentes en una escuela)?  Sí  No

Sí  No ¿Alguien se mudó a su hogar o se fue de su hogar durante los últimos tres meses? **Si respondió que sí, responda las siguientes preguntas.**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Nº. de Social Security (SSN) \_\_\_\_\_

¿Parentesco con usted? \_\_\_\_\_

Fecha en que se mudó: \_\_\_\_\_

Fecha en que se fue: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿A alguna de las personas mencionadas en esta solicitud le ofrecieron cobertura médica en su empleo? Marque Sí aunque la cobertura provenga del empleo de otra persona, como sus padres o su cónyuge.

**Si respondió sí,** responda la siguiente pregunta y las preguntas de la Sección 5.

**Si respondió no,** continúe en la Sección 6.

Sí  No ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales?

## Sección 5. Cobertura médica a través de empleos

**No es necesario** responder estas preguntas a menos que algún miembro de la familia califique para cobertura médica en su empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura. Infórmenos sobre el **empleo** que ofrece cobertura.

**Datos del empleado.** El empleado debe completar esta sección.

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nº. de Social Security
---	------------------------

**Datos del empleador.** Pídale estos datos a su empleador.

Nombre del empleador	Nº. de Identificación del empleador (EIN)	
Domicilio del empleador (Las notificaciones se enviarán a este domicilio)	Teléfono del empleador	
Ciudad	Estado	Código postal
¿Con quién podemos comunicarnos para averiguar sobre la cobertura médica laboral de este empleado?		
Teléfono (si es diferente al anterior)	Dirección de correo electrónico	

- Sí  No ¿Califica actualmente para la cobertura que ofrece este empleador o será elegible en los próximos tres meses? **Si respondió sí**, complete los siguientes datos. **Si respondió no**, siga en la Sección 6.

Si está en el período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura?

Indique los nombres de las personas que califican para cobertura a través de este empleo.

**Plan médico.** Infórmenos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

- Sí  No ¿El plan médico cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?  
Si respondió sí, ¿a quién cubre?  Cónyuge  Dependientes

- Sí  No ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con la norma de valor mínimo\*?  
En el caso del plan de menor costo que cumpla con la norma de valor mínimo\* ofrecido **al empleado solamente** (no incluir planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, informe la prima que el empleado tendría que pagar en el caso de recibir el descuento máximo para programas para dejar de fumar y no recibiera otros descuentos basados en programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado por las primas de ese plan? \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?  Por semana  Cada dos semanas  Dos veces por mes  
 Una vez por mes  Por trimestre  Por año

\* Un plan médico laboral cumple con "la norma de valor mínimo" si la proporción del costo total de las prestaciones cubiertas por el plan no es inferior al 60% de dicho costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario (*Internal Revenue Code*) de 1986)

**Cambios del empleador.** ¿Qué cambios introducirá el empleador para el próximo plan anual (si sabe)?

- El empleador no ofrecerá cobertura médica  
 El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo sólo para los empleados que cumplan con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento por los programas de salud.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado por las primas de ese plan? \$ \_\_\_\_\_

Frecuencia  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces por mes  Trimestral  Anual

Fecha del cambio: \_\_\_\_\_

## Sección 6. Ayuda para completar este formulario de solicitud

### Puede elegir a un representante autorizado.

Puede darle permiso a una persona de su confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea sus datos y actúe como su representante en los asuntos relacionados con esta solicitud, incluso para conseguir información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. A dicha persona la llamamos "representante autorizado". Avísenos si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado. Si usted representa legalmente a alguna de las personas que figuran en esta solicitud, presente el comprobante junto con la solicitud.

Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Domicilio		Nº de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		
Nombre de la organización		Nº. de ID (si corresponde)

Por medio de su firma, autoriza a esta persona a firmar su solicitud, a obtener información oficial sobre esta solicitud y a actuar en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

**NOTA:** Su firma aquí no significa que ha terminado de completar la solicitud. **Debe** firmar y escribir la fecha en la página 16 para completar la solicitud.

Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
----------	--------------------

### Solo para asesores, navegadores, agentes y corredores acreditados.

Complete esta sección si usted es un asesor, navegador, agente o corredor acreditado para completar esta solicitud en representación de otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo	
Nombre de la organización	Nº. de ID (si corresponde)

## Sección 7. Lea y firme este formulario de solicitud

### Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Podemos verificar electrónicamente los datos sobre sus ingresos y sus declaraciones impositivas con el fin de facilitar la determinación de su elegibilidad para cobertura médica en el futuro. Además, puede cambiar de opinión y no dar su autorización para que Department of Human Services verifique dichos datos.

¿Desea que sus datos sean verificados y utilizados para renovar su elegibilidad automáticamente en el futuro?

Sí, autorizo que mi elegibilidad sea renovada automáticamente.

¿Por cuánto tiempo?  5 años  4 años  3 años  2 años  1 año

No, no autorizo que se utilice información de mis declaraciones impositivas para renovar mi cobertura.

## Programa de cobro a través del patrimonio sucesorio (*Estate Recovery*)

La ley federal dispone que Iowa debe tener un programa de cobro a través del patrimonio sucesorio. Si recibe Medicaid, puede estar sujeto a cobro a través de su patrimonio. Esto quiere decir que los fondos de Medicaid que se utilizaron para pagar su atención médica, incluso las cuotas mensuales que se pagaron a una organización de atención médica administrada (MCO), deberán ser reintegrados con sus bienes después de su fallecimiento. El cobro a través del patrimonio sucesorio es aplicable si recibe Medicaid y si:

- Tiene 55 años de edad o más, o
- Es menor de 55 años, vive en una institución médica y es muy probable que no pueda regresar a su hogar.

Para obtener más información, llame al Programa *Estate Recovery* de Iowa Medicaid al 1-877-463-7887, o por Internet: <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf> (En inglés) o <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (En español).

### Firme esta solicitud

La persona que completó la Sección 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando haya completado la Sección 6.

Cualquier pregunta que deje en blanco en esta solicitud, significa que estoy respondiendo que la pregunta no aplica en mi caso ni en los casos de las demás personas que figuran en esta solicitud.

Autorizo la recuperación y el uso de mi información en esta solicitud de las fuentes de datos disponibles, incluida la base de datos del Sistema de Verificación de Activos. Tengo el consentimiento de todas las personas que nombraré en la solicitud para que sus datos personales sean utilizados y recuperados de fuentes de datos con el fin de tramitar esta solicitud.

Reconozco que he leído y acepto el contenido del apartado *Derechos y responsabilidades*, Comm. 233. El apartado *Derechos y responsabilidades*, Comm. 233 se encuentra en las páginas 23 a 27 de esta solicitud.

Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de cometer perjurio y dar falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, inclusive los datos provistos sobre la ciudadanía y la condición inmigratoria de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar para los que solicito beneficios. Es de mi conocimiento que en el caso de presentar información falsa o ficticia estaré sujeto a sanciones bajo la ley federal.

**Certifico bajo pena de cometer perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.**

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

### Sección 8. Envíe la solicitud por correo

Envíe la solicitud firmada por correo a:

Imaging Center 4  
PO Box 2027  
Cedar Rapids, Iowa 52406

Si desea registrarse para votar, puede completar el formulario de registro en:  
<http://sos.iowa.gov/elections/pdf/voteapp.pdf>



## Appendix A for Health Coverage (Apéndice A de cobertura salud)

Caso N°.: \_\_\_\_\_

Complete esta sección si usted o alguien en su grupo familiar es adulto mayor (65 o más años), ciego o discapacitado.

Nombre de la persona que solicita servicios	Estado civil	Fecha de nacimiento	N°. de Social Security

Por favor indique si usted o alguien en su grupo familiar necesita cualquiera de las siguientes coberturas:

- Ayuda para pagar los costos de su centro (enfermería, PMIC, centro de enfermería especializada)
- Servicios para permanecer en su casa (HCBS exenciones, PACE)
- Ayuda para pagar las primas de Medicare
- State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria) (centro de cuidado residencial, cuidados relacionados con la salud a domicilio, persona dependiente)
- Ayuda para pagar una estadía hospitalaria de 30 días o más.
- Otro

**POR FAVOR PROVEA VERIFICACIÓN DE TODOS LOS PUNTOS QUE MARQUE ABAJO (copias, no originales)**

- Ingreso** – Infórmenos sobre cualquier fuente de ingreso adicional de cada persona en su grupo familiar; por ejemplo, manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad del pulmón negro, ferroviario, Supplemental Security Income (SSI) (Ingreso de Seguro Suplementario), compensación del trabajador, intereses, pensión alimenticia y dividendos, etc.

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

- Recursos** – Infórmenos todos los recursos de cada persona en su grupo familiar, incluidos el dinero disponible, cuentas de cheques y ahorros, tarjeta de débito del seguro social, acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, plan 401ks, IRAs, CDs, etc.

Nombre del propietario del recurso	Tipo de recurso	Nombre/Ubicación de la institución financiera	Cuenta	Valor actual

3. **Vehículos motorizados** – Infórmenos sobre todos los vehículos de cada persona en su grupo familiar, incluso si el vehículo no estuviera en buenas condiciones de funcionamiento.

Propietario	Año/Marca/Modelo	Valor justo de mercado	Monto adeudado

4. **Gastos médicos insatisfechos** – Infórmenos sobre todos los gastos médicos (correspondientes a cada una de las personas en su grupo familiar) que no son reembolsados por terceros.

Nombre de la persona con gastos médicos insatisfechos	Tipo de gasto médico	Monto	¿Cada cuánto tiempo incurre en este gasto?

5. **Entierro/Funeral** – Infórmenos sobre todos los nichos de cementerio, fondos para entierro o funeral, o contratos de entierro de cada persona en su grupo familiar.

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

6. **Seguro de vida** – Infórmenos sobre todas las pólizas de seguro de vida de propiedad de cada persona en su grupo familiar.

Propietario de la póliza	Nombre y dirección de la compañía	N.º de póliza

¿Tiene la intención de utilizar su seguro de vida para pagar los gastos de funeral?  Sí  No

7. **Propiedad** – Infórmenos sobre todas las propiedades de cada persona en su grupo familiar, incluida su casa (la casa donde usted vive) y otros bienes inmuebles (otras propiedades; por ejemplo, casa de vacaciones, casa para el alquiler, terreno sin construir, edificios, etc.).

Dueño de la propiedad	Dirección de la propiedad	Valor de la propiedad

8. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene el dominio vitalicio de algún bien?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

9. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene un fideicomiso?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

10. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar nunca ha aceptado una herencia en los últimos cinco años?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

11. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar transfirió, vendió o donó recursos por menos de su valor en los últimos cinco años?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién/qué: \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrió: \_\_\_\_\_ de de \_\_\_\_\_

12. ¿Alguien de los que solicita beneficios vive en una institución médica (enfermería, hospital, PMIC, etc.)?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ de de \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

13. ¿Usted o alguien en su grupo familiar recibe seguro para cuidados a largo plazo?  Sí  No

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

14. Si actualmente vive en una institución médica y es propietario de una casa, ¿pretende volver a su casa?  Sí  No

15. ¿Alguien en su grupo familiar que esté solicitando tiene algún trámite pendiente del beneficio por Discapacidad del Seguro Social?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

**Para acelerar el procesamiento de su solicitud**, puede proveer verificación de lo siguiente con su solicitud. Si no presenta la verificación con su solicitud, recibirá una carta que indicará lo que necesitamos antes de procesar su solicitud.

Para cualquier persona que solicite y no sea ciudadano estadounidense:

- **Estatus migratorio**  
Tarjeta de identificación de extranjero (tarjeta verde, I-551, I-94), visa, pasaporte, o documentos del Servicio de Inmigraciones

Envíe verificación de aquellos que:

- **Trabajan**  
Talones de cheques de los últimos 30 días o una declaración escrita de las ganancias de su empleador si no tuviera los talones de cheques.
- **Son empleados por cuenta propia**  
La declaración de impuestos más reciente y todas las planillas relacionadas o registros del negocio si no presentó la declaración de impuestos.
- **Reciben otro ingreso**  
(Esto incluye manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad de pulmón negro, ferroviario, compensación del trabajador, intereses y dividendos, dinero recibido de amigos o parientes, pensión, etc.) Una declaración de la persona o compañía que emite el ingreso, copia de los cheques (que muestren el monto de ingreso bruto), carta de otorgamiento de beneficio, formularios de impuestos, orden de la corte, u otros documentos de los últimos 30 días o el más reciente recibido.

Envíenos un comprobante en el caso de cualquier persona que durante los últimos 90 días, a partir de la fecha de la solicitud, tenga 19 años o más.

- **Cuentas bancarias**  
Estados de cuenta recientes o una declaración escrita del banco donde se indique el saldo o valor actual de las cuentas.
- **Propiedad**  
Estado de cuenta de impuestos de la propiedad. Incluya documentos que muestren el monto adeudado contra la propiedad.
- **Contratos de entierro/funeral**  
Contrato de entierro y declaración de bienes y servicios de la compañía o funeraria que tiene el contrato.
- **Otros recursos**  
Incluye acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, 401ks, IRAs, CDs, vehículos, etc.
- **Pólizas de seguro de vida**  
Valor nominal y en efectivo, bonos, anualidades, fideicomisos, declaraciones de propiedad de acciones, u otros documentos que muestren el valor de los activos. Incluya documentos que muestren el saldo actual de los préstamos contra los activos.
- **Gastos médicos insatisfechos**  
Facturas médicas, facturas de farmacia, transporte médico.

***Envíe copias de los comprobantes. No envíe sus documentos originales.***

**Addendum to Application and Review Forms for Release of Information**  
(Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información)

**Divulgación de Información OPCIONAL**

**¡Ayúdenos a ayudarle!**

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle, y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

**Debe saber que:**

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia del mismo a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

**Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria.**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
(Release of Information)

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.  
(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.  
(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.  
(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.  
(This release is good for 12 months from the date signed.)

\_\_\_\_\_  
Su nombre (en imprenta legible)  
(Your Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (en imprenta legible)  
(Other Adult Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca  
(Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca  
(Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)

This page intentionally left blank



Por favor guarde esta página para su información.

## Rights and Responsibilities (Derechos y responsabilidades)

Cuando obtiene Medicaid del Department of Human Services (DHS), usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades.

Nota: "Medicaid" en este formulario se refiere a cualquier programa de asistencia médica del DHS, incluidos Medicaid, Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki), Iowa Health and Wellness Program (IHAWP), Asistencia estatal suplementaria (SSA, por sus siglas en inglés) y Asistencia Médica para Refugiados (RMA, por sus siglas en inglés).

### ¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene derecho a:

- ◆ Solicitar cualquier programa.
- ◆ Presentar una solicitud en línea, por teléfono, correo postal, fax o en persona en la oficina del DHS de su condado.
- ◆ Recibir ayuda de alguien para completar su solicitud.
- ◆ Que le aclaren todas sus preguntas.
- ◆ Obtener información de los programas que solicita y cualquier otro programa del DHS que pueda recibir.
- ◆ Que le envíen un aviso dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha de recibo de su solicitud donde se indique la determinación adoptada.
- ◆ Mantener su información y la de su familia en privado de acuerdo con lo exigido por la ley.
- ◆ Que consideremos sus gastos para calcular su elegibilidad o la cantidad de asistencia a recibir y a presentar pruebas si se lo pedimos. Si no reporta o no entrega pruebas de sus gastos cuando se lo pidamos, significa que está eligiendo no reclamar el gasto. Puede informar y presentar pruebas más adelante para usar un gasto en los próximos meses.
- ◆ Ser tratado de manera igualitaria, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano de guerra. Si cree que lo hemos discriminado o que hemos tenido una actitud intimidatoria contra usted, envíe una carta detallando su queja a: DHS, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114 o por correo electrónico a [contactdhs@dhs.state.ia.us](mailto:contactdhs@dhs.state.ia.us)
- ◆ Apelar cualquier decisión con la que no esté de acuerdo siguiendo las instrucciones que se encuentran en la última página de este formulario.

### ¿Cuales son mis responsabilidades?

- ◆ Debe decirnos la verdad.
  - La sección 1128B de la Ley de Seguro Social provee penas federales por actos fraudulentos e informes falsos en relación con los programas de Medicaid.
  - Cualquier persona que obtiene, intenta obtener o ayuda a otra persona a obtener asistencia pública a la cual no tiene derecho, es culpable de violar las leyes del Estado de Iowa. Estas incluyen, entre otras, los capítulos 249, 249A, 249N y 514I del Código de Iowa.
  - Entregar información errónea intencionalmente podría significar que tomemos acciones legales, criminales o civiles, contra usted.

## Por favor guarde esta página para su información.

- Tendrá que devolver los beneficios pagados por error por usted o por cualquier persona que usted haya solicitado. Puede ser responsable por el monto total de los pagos realizados, incluidos los pagos al plan de salud y dental en el que se inscribió la persona.
- ◆ Debe informarnos cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad, dentro del plazo de 10 días. Esto incluye cambios como:
  - Una nueva dirección postal o de domicilio.
  - Comenzar o finalizar un trabajo o cualquier otra fuente de ingreso (incluidos un monto global, manutención de menores vencida, herencias, acuerdos o manutención médica en efectivo).
  - Mudanza de una persona dentro o fuera de su hogar.
  - Recursos o activos, incluida la obtención de una herencia.
  - Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud (incluidos los seguros patrocinados por el empleador, Medicare, etc.).
  - Presentar un reclamo del seguro u obtener un abogado para recuperar las facturas pagadas por Medicaid.

### Para informar un cambio:

- Llame al 1-877-347-5678, o
  - Envíe un correo electrónico a [IMCustomerSC@dhs.state.ia.us](mailto:IMCustomerSC@dhs.state.ia.us), o
  - Envíe la información por fax al 1-877-238-0015.
- ◆ Debe solicitar y aceptar cualquier otro beneficio y cobertura de asistencia médica que pueda recibir.
  - ◆ Debe entregarnos la información solicitada y proveernos un comprobante, cuando se lo pidamos.
  - ◆ Debe completar los formularios de revisión cuando se le pida que lo haga.
  - ◆ Debe cooperar con la Sección de Control de Calidad (Quality Control Section, QC) y con el Departamento de Inspecciones y Apelaciones (Department of Inspections and Appeals, DIA). Ellos podrían contactar a otras personas u organizaciones para verificar su información. Al firmar la solicitud, usted otorga su permiso para divulgar información confidencial a la unidad QC o al DIA.
  - ◆ Si algún menor que se encuentre solicitando o recibiendo Medicaid tiene un padre que vive fuera del hogar, debe cooperar con la agencia que recauda la manutención médica de un padre ausente. Si considera que cooperar en el proceso para obtener la manutención médica puede provocar daños a usted o su hijo(a), infórmenos y podría no tener que colaborar en esto.
  - ◆ Debe cooperar con el Programa de pago de primas del seguro médico (HIP, por sus siglas en inglés) e inscribirse en un plan de salud por medio de su empleador, si se lo solicitamos. Visite [www.dhs.state.ia.us/hip](http://www.dhs.state.ia.us/hip) para obtener una explicación.
  - ◆ Debe aceptar asignar pagos médicos de una tercera persona a la agencia de Medicaid para usted y para otras personas elegibles para Medicaid y a quienes legalmente pueda asignar beneficios, también debe cooperar para obtener pagos médicos de terceros, otorgar a la agencia de Medicaid los derechos para buscar y obtener apoyo médico de un cónyuge y otorgar a la agencia de Medicaid derechos para buscar y obtener dinero de otros seguros de salud, acuerdos resolutorios legales o terceros.
  - ◆ Si recibe dinero de otra persona o una compañía de seguros para pagar sus facturas médicas, debe entregar ese dinero al DHS si Medicaid pagó la factura. Ese dinero se utilizará para pagar las facturas que Medicaid pagó por usted.

**Este permiso caduca cuando se termina su Medicaid.**

## Por favor guarde esta página para su información.

### Otras cosas que necesita saber

- ◆ El DHS proveerá documentos o formularios de reclamaciones que describan los servicios pagados por Medicaid a solicitud suya o de un abogado que actúe en su nombre. Esos documentos también se proveerán a terceros, si fuera necesario, para establecer la magnitud de la reclamación de reembolso del DHS.
- ◆ Si el Estado de Iowa se suscribió como el beneficiario residual de una anualidad para que usted calificara para el pago de cuidado a largo plazo de Medicaid, el Estado de Iowa obtendrá los beneficios remanentes de la anualidad, hasta el monto pagado de los beneficios de Medicaid.
- ◆ Si se inscribe en un plan de salud de cuidado administrado, usted acepta la divulgación de información médica, incluida cualquier información clínica de salud mental o abuso de sustancias por parte de sus proveedores médicos a PCP, a otros proveedores de cuidado administrado o a la entidad administrativa autorizada contratada por el proveedor de cuidado administrado para determinar la idoneidad, calidad o utilización de los servicios recibidos mientras esté inscrito en el plan de cuidado administrado. Se necesita una certificación médica de Iowa Medicaid Enterprise (IME) para ciertos programas médicos. Los pagos de cualquier servicio médico futuro se harán directamente a los médicos y proveedores médicos bajo el Programa de Seguro de Medicare (Medicare Parte B).

### Revisamos lo que usted nos dice

La información que usted nos da podría ser revisada por funcionarios federales, estatales y locales para verificar si es verdadera. Las cosas que podemos verificar incluyen cualquiera de las indicadas por la persona: Número de Seguro Social, empleo y salario, saldo en cuenta bancaria, estatus migratorio y montos recibidos de otras fuentes como el Seguro Social o seguro de desempleo. Si alguna información provista no es correcta, podemos pedirle que nos envíe comprobantes o podemos negar o cancelar sus beneficios.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguna de las personas en su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto podría ser para ver si una persona fue descalificada de un programa en otro estado.

Como parte del proceso de determinación de elegibilidad, es posible que necesitemos recuperar su información de fuentes como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social (SSA), el Departamento de Seguridad Nacional, el Sistema de Verificación de Activos (AVS, por sus siglas en inglés) y el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad del estado. Si cualquier cosa que nos haya dicho es diferente a lo que figura en los sistemas, averiguaremos para saber cual es la información correcta. Par revisar su información podríamos comunicarnos con su empleador, con su banco o con otras personas. Para hacer este tipo de averiguaciones con su empleador, banco u otras personas, le preguntaremos a usted primero. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.

La autorización para usar la base de datos del AVS se mantiene vigente durante todo el tiempo que el Departamento determina la elegibilidad, mientras la persona recibe Medicaid o hasta que el solicitante o beneficiario revoca esta autorización. Si se presenta una renuncia o revocación de la autorización, el Departamento puede, basado en eso, determinar que el solicitante o beneficiario no es elegible para recibir asistencia médica.

### Información acerca de la solicitud de un Número de Seguro Social

Podemos entregar ayuda solo a personas que nos den su Número de Seguro Social (SSN) o un comprobante de la oficina del Seguro Social y negaremos la asistencia a las personas que no nos provean un SSN. No hay excepciones a esta regla. Contáctenos si tiene preguntas.

No tiene que darnos el SSN de las persona en su grupo familiar que no quieran ayuda, pero usted puede elegir darnos sus SSN para acelerar el procesamiento de su caso. Utilizaremos cualquier SSN que nos entregue de la misma forma que lo hacemos con el SSN de las personas que solicitan asistencia. Como lo exige la Sección 1137(a)(1) de la Ley del Seguro Social y en 42 CFR 435.910, usamos el SSN para verificar ingresos/

## **Por favor guarde esta página para su información.**

elegibilidad/pagos, determinar el derecho de una persona a recibir Medicaid, cumplir con la ley federal y comparar registros con otras agencias.

### **Información acerca del estatus migratorio**

Usted puede solicitar solo para una parte de las personas de su grupo familiar incluso si algunos miembros no tienen estatus migratorio legal. Por ejemplo, los padres que no tienen estatus migratorio legal pueden solicitar por sus hijos estadounidenses o residentes legales. Es posible que deba presentar un comprobante del estatus migratorio o de la ciudadanía estadounidense para cada persona de su grupo familiar que está solicitando beneficios.

Cuando nos dice que una persona que está presentando una solicitud tiene un estatus migratorio elegible, el estatus migratorio de esa persona se verifica con el Departamento de Seguridad Nacional, lo cual requiere que enviemos cierta información de su solicitud o formulario de revisión. Cualquier información que obtengamos del Departamento de Seguridad Nacional puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar. No contactaremos al Departamento de Seguridad Nacional para consultar por personas que no solicitan beneficios. Sin embargo, sus ingresos y activos podrían ser considerados para ver si el resto del grupo familiar puede recibir ayuda.

### **Información acerca de la recuperación de patrimonio**

La ley Federal requiere que Iowa tenga un programa de recuperación de patrimonio. Si usted obtiene Medicaid, puede estar sujeto a la recuperación de patrimonio. Esto significa que todos los fondos de Medicaid utilizados para pagar su atención médica, incluida la tarifa mensual pagada a una Organización de Atención Administrada (MCO), deberán ser pagados de su patrimonio después de su muerte. La recuperación de patrimonio se aplica si obtiene Medicaid y si:

- ◆ Es mayor de 55 años, o
- ◆ Tiene menos de 55 años, vive en un centro médico y no se puede esperar razonablemente que retorne a su hogar.

Para mayor información, llame al Programa de Recuperación Patrimonial de Medicaid en Iowa al 1-877-463-7887 o visite en línea:

<http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf> (Inglés) o

<http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (Español).

### **Al firmar un formulario de solicitud/revisión, usted otorga su autorización para que el DHS comparta:**

- ◆ Sus registros médicos y otros registros de salud con oficiales federales y estatales.
- ◆ El estado de su caso Médicamente con necesidades (Medically Needy), el monto de su gasto inicial y las facturas utilizadas para cubrir sus gastos con el proveedor cuyas facturas se están utilizando.
- ◆ La fecha de vencimiento de la prima de Medicaid de Personas Empleadas con Discapacidades (MEPD), IHAWP, DWP y Hawki con su proveedor médico.
- ◆ La información contenida en su solicitud para exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) con la agencia de administración de casos elegida o con el administrador del Programa de Servicios para Lesiones Cerebrales (para solicitudes de exención de HCBS por lesiones cerebrales) del Iowa Department of Public Health (IDPH).
- ◆ La fecha de presentación de su solicitud en su centro de enfermería.

### **Al firmar un formulario de solicitud/revisión, usted:**

- ◆ Autoriza a su proveedor médico a compartir su información médica con un PCP, otros proveedores de cuidado administrado o al organismo administrativo autorizado contratado por el proveedor de cuidado administrado para determinar la idoneidad, calidad o utilización de los servicios recibidos mientras esté inscrito en el plan de cuidado administrado.

## Por favor guarde esta página para su información.

- ◆ Autoriza a su proveedor médico a compartir su información con la Unidad de Servicios Médicos IME para certificar una necesidad médica para ciertos programas o servicios de Asistencia Médica.

### Información para quienes solicitan WIC o servicios de salud maternal e infantil

- ◆ Es necesario proveer una declaración de ingresos y de las personas que componen su grupo familiar para asegurar que los fondos federales y estatales se dirijan a aquellas personas que son menos capaces de obtener servicios de otras fuentes.
- ◆ El Director de Salud Maternal e Infantil del Iowa Department of Public Health, el Director de WIC, o sus designados tendrán acceso a toda la información disponible en los registros mantenidos por la agencia que provee servicios de salud maternal, salud infantil o WIC.

### Información para quienes solicitan servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid

- ◆ Sus respuestas a algunas preguntas no afectarán la presunta decisión de elegibilidad de Medicaid. Estas respuestas son necesarias para que el DHS tome una decisión solo para solicitudes de continuidad de Medicaid.
- ◆ Si solo solicita servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid, no se verificará toda su información en los sistemas computacionales.
- ◆ Si elige que su solicitud se envíe al DHS para una determinación de continuidad de Medicaid, el DHS verificará los ingresos, la ciudadanía, el estatus migratorio, la identidad y otra información según sea necesario.
- ◆ Todos los servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid se otorgan diariamente y pueden finalizar en un día determinado, sin previo aviso, una vez que se determina que la persona ya no es presuntamente elegible.
- ◆ No se otorgan audiencias de apelación para casos de servicios bajo una Presunta Elegibilidad para Medicaid.

### Cómo apelar

Usted, o la persona que le ayude, puede solicitar una audiencia de apelación si no está de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para apelar por escrito haga una de las siguientes cosas:

- ◆ Complete una apelación electrónicamente en [https://secureapp.dhs.state.ia.us/dhs\\_titan\\_public/appeals/appealrequest](https://secureapp.dhs.state.ia.us/dhs_titan_public/appeals/appealrequest), o
- ◆ Escriba una carta explicando por qué cree que la decisión es errónea, o
- ◆ Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina del DHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo postal o llévelo personalmente al DHS, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina del DHS de su condado. Puede representarse solo. O bien, puede hacer que un amigo, pariente, abogado u otra persona actúe en su nombre.

Puede comunicarse con la oficina del DHS de su condado para obtener información sobre los servicios legales existentes. Es posible que tenga que pagar por estos servicios legales. Si así fuera, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al **1-800-532-1275**. Si vive en el condado de Polk, llame al **(515) 243-1193**.

## Information About Your Privacy Rights (Información sobre Derechos de Privacidad)

Le entregamos esta notificación porque su plan médico es *Medicaid* o *Healthy and Well Kids in Iowa* (Hawki). La misma habla sobre sus datos médicos personales e incluye información para sus hijos dependientes bajo dicho plan médico. Dicha información no afecta su elegibilidad para el plan médico. Información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*) significa registros del plan médico, de atención médica o de pago de atención médica que pueden ser utilizados para identificarlo o identificar a sus hijos con cobertura. Su PHI está protegida por las leyes estatales y federales.

### Sus derechos de privacidad

La ley federal le otorga ciertos derechos sobre su PHI. Tiene derecho a:

- Recibir notificaciones sobre las políticas y los procedimientos de DHS para proteger su PHI.
- Solicitar que se restrinjan ciertos usos y divulgaciones de su PHI.
- Presentar una solicitud por escrito para examinar y fotocopiar su PHI.
- Solicitar por escrito que su PHI sea modificada.
- Pedir que le informen sobre las divulgaciones realizadas por el plan médico.
- Solicitar informes de su PHI por medios alternativos o a otro domicilio.
- Recibir notificaciones sobre divulgaciones de su PHI que se realicen sin autorización.

### Uso y divulgación de su PHI

Department of Human Services (DHS) se compromete a resguardar la confidencialidad de su PHI y a protegerla para que no sea utilizada por terceros sin autorización.

Su PHI será examinada sólo por aquellas personas que necesiten verla y que tengan el derecho legal de hacerlo. No venderemos, ni utilizaremos, ni divulgaremos su PHI con fines comerciales, ni para recaudación de fondos.

### **¡LEA CUIDADOSAMENTE!**

***Esta notificación contiene información sobre:***

- ***Cómo se utilizará su información médica.***
- ***Cuándo será compartida con terceros.***
- ***Cómo puede acceder a su información.***

Su plan médico, Medicaid o Healthy and Well Kids in Iowa (Hawki), le pedirá su autorización por escrito para divulgar su PHI a terceros que no tengan acceso legal a la misma. Podrá cancelar su autorización en cualquier momento por medio de la presentación de instrucciones por escrito ante el funcionario de DHS encargado de la Privacidad y la Seguridad de la Información.

### Según lo exigido o permitido por ley

**Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Según lo dispuesto por la ley y las normas de conducta ética, debemos divulgar su PHI a las autoridades competentes en el caso de creer, de buena fe, que es necesario para prevenir o minimizar una amenaza grave e inminente para su salud y seguridad o para las de otras personas.

**Tratamiento:** Su PHI será compartida con el fin de coordinar su atención médica. Por ejemplo, su médico recibirá informes sobre la atención médica que usted reciba en una sala de emergencias.

**Pago de facturas médicas:** Medicaid o Hawki pueden compartir su PHI con usted, su compañía de seguro o un tercero responsable de realizar pagos, con el fin de cobrar el tratamiento y los servicios provistos por profesionales médicos. Las facturas contendrán su nombre, el diagnóstico y los procedimientos o los suministros utilizados. Su PHI será compartida con otros prestadores médicos, ya sean individuos o entidades, regulados por las normativas de privacidad de HIPAA, entre ellos: Medicaid, Medicare o su compañía de seguro médico personal.

**Denuncias de abuso:** Tenemos obligación de informar a las autoridades sobre toda PHI que indique abuso de menores o adultos dependientes.

**Operaciones comerciales:** Para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluso para detectar fraude. Por ejemplo: la PHI se puede utilizar para evaluar la calidad del tratamiento provisto por el programa de atención médica.

**Supervisión del sistema de servicios médicos:** Su PHI será compartida con entidades encargadas de monitorear, investigar, inspeccionar, sancionar o acreditar a aquellos que trabajan en el sistema de servicios médicos.

**Funciones gubernamentales específicas:** Su PHI será utilizada o divulgada para beneficios gubernamentales limitados, tales como asistencia pública o de la Administración de Seguridad Social.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** Si está involucrado en un proceso judicial u otro procedimiento administrativo, se divulgará su PHI para cumplir con una orden judicial que solicite dicha información

**Salud Pública:** Su PHI será divulgada con el fin de realizar estudios de investigación cuyo propósito podría ser averiguar si determinado tratamiento es efectivo para curar una enfermedad. Los datos identificatorios serán eliminados.

**Según lo exija la ley:** El plan médico deberá divulgar PHI cuando la ley así lo exija.

**Aplicación de la ley:** La institución divulgará su PHI con el fin de cumplir con la aplicación de la ley según las disposiciones legales o en respuesta a una orden judicial, citación o mandato judicial o cualquier otro procedimiento legal.

### **Responsabilidades del Plan Médico**

La ley federal también le impone al plan médico determinados deberes y obligaciones con el fin de proteger su PHI. El plan médico debe:

- Entregarle esta notificación con los deberes legales y las políticas del plan médico con respecto al uso y la divulgación de su PHI.
- Proteger la privacidad de su PHI de conformidad con las leyes estatales y federales.
- Proceder según su solicitud para que se limiten determinados usos y divulgaciones de su PHI.
- Permitirle examinar y fotocopiar su PHI durante el horario habitual de atención al público y de acuerdo a esta política.

- Actuar en función de su solicitud para que se modifique su PHI en el plazo de 60 días y notificarle si se produce un retraso por el cual la fecha límite debiera extenderse por 30 días.
- Realizar modificaciones para comunicar PHI por medios o métodos alternativos, según solicitado.
- Cumplir con los términos de la notificación de privacidad que se encuentre en vigencia.

### **Para mayor información o para informar sobre un problema**

La notificación que le entregamos constituye un resumen sobre el modo en que el plan médico, Medicaid o Hawki, utilizará su PHI y sus derechos con respecto a su PHI. Si desea hacer preguntas u obtener más información al respecto, comuníquese con el funcionario encargado de la Privacidad al teléfono que figura debajo.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, comuníquese con funcionario encargado de la Privacidad y presente una queja. Además, puede presentar su queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (*Secretary of Health and Human Services*). En dicho caso, no habrá represalias y continuará recibiendo atención médica y tratamiento.

Medicaid y Hawki se reservan el derecho a revisar sus prácticas sobre Información Médica Protegida y a modificar esta notificación. Si desea obtener la Notificación sobre Privacidad actualizada, llame al funcionario encargado de la Privacidad al teléfono que figura debajo.

Nadie sufrirá discriminación debido a cuestiones de raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad física o mental, ideología política o condición de veterano, al solicitar empleo o al solicitar o recibir beneficios o servicios de Iowa.

Para mayor información sobre su información médica protegida, comuníquese con:

DHS Information Security and Privacy Officer  
Department of Human Services  
1305 E. Walnut Street  
Des Moines, IA 50319-0114  
Teléfono: 1-800-803-6591