



# Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

Formulario Aprobado  
OMB No. 0938-1191

➔ **Solicite más rápidamente en línea en [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov).**



## Use esta solicitud para averiguar las opciones de cobertura para las que califica

- Planes de seguros médicos privados a bajo precio que ofrecen cobertura que le ayudará a mantenerse sano.
- Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de sus primas para la cobertura médica.
- Cobertura gratis o a un bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

**Es posible que califique para un programa gratis o a un bajo costo aún si gana tanto como \$98,400 al año (para una familia de 4).**



## ¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- **Envíe la solicitud aún si su hijo ya tiene cobertura médica. Usted podría ser elegible para la cobertura gratis o de bajo costo.**
- Si es soltero, puede usar un formulario corto. Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitar para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. El llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, tendrá que completar el Apéndice C.



## Lo que puede necesitar para llenar la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro).
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios y de impuestos).
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales.
- Información sobre cualquier seguro médico basado en el empleo disponible para su familia.



## ¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso y otra información para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información recibida en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Privacidad, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o vea las instrucciones.



## ¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 7.

**Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas, y **tal vez reciba una llamada del Mercado de Seguros Médicos si necesitamos más información.** Recibirá una carta de determinación de elegibilidad una vez que se haya procesado su solicitud. Si no ha escuchado de nosotros, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado. Enviar la solicitud no significa que ha comprado un seguro médico.



## Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov)
- **Por teléfono:** Comuníquese a nuestro Centro de Llamadas al **1-800-318-2596**. TTY **1-855-889-4325**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarle. Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para información adicional.
- **In English:** Call the Marketplace Call Center at **1-800-318-2596** for more information.
- **En otro idioma:** Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-800-318-2596** y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos sin costo alguno para usted.

Usted tiene derecho a obtener la información de este producto en un formato alternativo. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite [www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice.html](http://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Aboutwebsite/CMSNondiscriminationNotice.html) o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para obtener más información. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.



Por favor, escriba en letras mayúsculas usando tinta azul o negra.  
Llene los círculos (○) de este modo → ●.

## PASO 1: Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>			
2. Dirección residencial (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
<input type="text"/>			<input type="text"/>
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado, parroquia, municipio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)			9. Número de apartamento o suite
<input type="text"/>			<input type="text"/>
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado, parroquia, municipio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Número de teléfono		15. Otro número de teléfono	
( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico?..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Dirección de correo electrónico: <input type="text"/>			
17. ¿Cuál es su idioma hablado preferido? ¿Cuál es su idioma escrito preferido?			
<input type="text"/>			

## PASO 2: Díganos sobre su familia.

### ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia y hogar inclusive si algún integrante ya tiene cobertura médica. La información en esta solicitud nos ayudará a ofrecerle a cada integrante la cobertura que le convenga más. La cantidad de la ayuda o el tipo de programa para el que es elegible se basa en el número de integrantes en su familia y sus ingresos. Si usted no incluye a algún integrante inclusive si dicha persona ya tiene cobertura, los resultados de su elegibilidad podrían verse afectados.

#### Para los adultos que necesitan la cobertura:

Incluya a todas las personas inclusive si no están solicitando la cobertura:

- El cónyuge
- Hijos menores de 21 años que viven con usted, incluya los hijastros/as
- Cualquier otra persona que conste en su declaración federal de impuestos (incluya a los niños menores de 21 años que se mencionen como dependientes en la declaración de impuestos de los padres). Usted no tiene que presentar una declaración de impuestos para obtener la cobertura médica.

#### Para los menores de 21 años que necesitan la cobertura:

Incluya a todas las personas inclusive si no están solicitando la cobertura:

- Padres (o padrastros/madrastas) que viven con ellos
- Hermanos que viven con ellos
- Hijo/a que vive con ellos, incluya hijastros/as
- Cualquier otra persona en su declaración federal de impuestos. Usted no tiene que presentar una declaración de impuestos para obtener la cobertura médica.

### Complete el Paso 2 para cada persona en su familia.

Comience con usted, luego agregue otros adultos y niños. Si hay más de dos personas en su familia, tendrá que hacer copias de las páginas y adjuntarlas.

No necesita mencionar la situación inmigratoria ni proveer el número de Seguro Social (SSN) de los miembros que no solicitan la cobertura. Mantendremos toda la información segura y confidencial como lo requiere la ley. Utilizaremos su información personal solamente para determinar si es elegible para la cobertura médica.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.



# PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted.)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>			

2. ¿Cuál es la relación con usted? <b>YO MISMO</b>	3. ¿Está casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/>	5. Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
---	---	---	---

6. Número de Seguro Social (SSN)  -  -

**★ Necesitamos un número de Seguro Social si quiere una cobertura médica y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos los SSN para verificar el ingreso e información adicional para determinar quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura médica. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Piensa presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?** *Usted puede solicitar la cobertura médica aun si no presenta una declaración del impuesto federal.*

**SÍ.** Por favor responda a las preguntas a-c.  **NO.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge?.....  Sí  No

**Sí.** Nombre del cónyuge:

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

**Sí.** Indique los nombres de los dependientes:

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

**Sí.** Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos:  ¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos?

8. ¿Está embarazada?.....  Sí  No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo?

9. **¿Necesita cobertura médica?** *Aún si tiene seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.*  
 **Sí.** Conteste todas las preguntas de abajo.  **NO.** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. **➔**

10. ¿Tiene algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos?.....  Sí  No

11. ¿Es usted **ciudadano de los EE.UU.** o **nacional de los EE.UU.**?.....  Sí  No

12. ¿Está **naturalizado o es un ciudadano derivado?** *(Generalmente significa que ha nacido en el extranjero.)*  
 **Sí.** Llene a y b.  **NO.** Siga a la pregunta 13.

a. Número de extranjero: <input type="text"/>	b. Número de ID del documento: <input type="text"/>	Después de responder a y b, PASE a la pregunta 14.
--	--	--

13. **Si no es ciudadano o nacional de los EE.UU.**, ¿tiene un estatus migratorio elegible?  **Sí.** Escriba el # de documento y tipo. *Vea las instrucciones.*

Tipo de documento de Inmigración	Tipo de estatus <i>(opcional)</i>	Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# de extranjero o I-94 <input type="text"/>	Número de tarjeta o de pasaporte <input type="text"/>
--	--

ID SEVIS o fecha de expiración <i>(opcional)</i> <input type="text"/>	Otro <i>(código de categoría o país de emisión)</i> <input type="text"/>
--	---

a. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? .....  Sí  No  
 b. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? .....  Sí  No

14. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses?.....  Sí  No

15. ¿Vive por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo? *(Marque "sí" en caso de que usted o su cónyuge se hagan cargo del niño.)*.....  Sí  No

16. Díganos el nombre y relación que tenga con cualquier menor de 19 años que viva en su casa:

17. ¿Es estudiante a tiempo completo?.....  Sí  No 18. ¿Estuvo bajo cuidado temporal a los 18 años o más? .....  Sí  No

**Opcional:** *(Marque todo lo que corresponda.)*

19. **Si es Hispano/Latino:**  Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

20. **Raza:**  Blanco  Negro o Afroamericano  Indio Americano o Nativo de Alaska  Filipino  Japonés  Coreano  Indio Asiático  Chino  Vietnamita  Otros Asiáticos  Nativos de Hawái  Chamorro  Samoano  Otros Isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_

**?** **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.



# PASO 2: PERSONA 1 (Continuación—sobre usted.)

## Información sobre su empleo e ingreso

**Empleado:** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 21.

**Sin empleo:** Vaya a la pregunta 31.

**Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 30.

### Empleo 1:

21. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

22. Número de teléfono del empleador

23. Salarios/propinas (antes de impuestos)

- Por hora
- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente

24. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

### Empleo 2: (Si usted tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

25. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad

c. Estado

d. Código postal

26. Número de teléfono del empleador

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)

- Por hora
- Semanalmente
- Cada 2 semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Anualmente

28. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

29. **En el último año, usted:**  Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

### 30. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de empleo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.)

31. **Otros ingresos de este mes:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.  Si no los recibe, marque aquí. **NOTA: No** necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Desempleo

\$ ¿Con qué frecuencia?

Pensión alimenticia recibida

\$ ¿Con qué frecuencia?

Pensión

\$ ¿Con qué frecuencia?

Neto por actividades agrícolas/pesca

\$ ¿Con qué frecuencia?

Seguro Social

\$ ¿Con qué frecuencia?

Neto por rentas/regalías

\$ ¿Con qué frecuencia?

Cuentas de retiro

\$ ¿Con qué frecuencia?

Otros ingresos, Tipo: \_\_\_\_\_

\$ ¿Con qué frecuencia?

32. **Deducciones:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor. **NOTA: No** debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 30b).

Pensión alimenticia pagada

\$ ¿Con qué frecuencia?

Otras deducciones, Tipo: \_\_\_\_\_

\$ ¿Con qué frecuencia?

Intereses por préstamo estudiantil

\$ ¿Con qué frecuencia?

33. **Completar solamente si su ingreso cambia durante el año.** Si solo trabaja en este empleo parte del año o recibe los beneficios por ciertos meses y no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la otra persona. ➔

Su ingreso total **este año**

\$

Su ingreso total **el próximo año** (si considera que será diferente)

\$

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



# PASO 2: PERSONA 2

**Aviso: Si esta persona no necesita la cobertura, responda a las preguntas 1-10. Haga una copia de las páginas 4-5 si hay más de dos integrantes en su familia.**

Complete esta página para su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. ¿Cuál es la relación con usted? <i>Vea las instrucciones.</i>	3. ¿Está casado/a? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/>	5. Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
--	---	---	---

6. Número de Seguro Social (SSN)  -  -  **★ Lo necesitamos si la Persona 2 desea una cobertura médica y tiene un SSN.**

7. ¿Vive esta persona en la misma dirección que usted?.....  Sí  No  
"No", escriba la dirección:

8. ¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Usted puede solicitar la cobertura médica aún si la Persona 2 no presenta una declaración del impuesto federal.).....  SÍ. Por favor responda a las preguntas a-c.  NO. Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 2 una declaración conjuntamente con su cónyuge? .....  Sí  No

Si. Nombre del cónyuge:   
b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos?.....  Sí  No

Si. Escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Será reclamado la PERSONA 2 como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? .....  Sí  No  
Si. Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: ¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos?

9. ¿Está la PERSONA 2 embarazada?.....  Sí  No a. Si. ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo?

10. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica? (Aún si la Persona 2 tiene seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)  
 SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo.  NO. VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.

11. ¿Tiene la PERSONA 2 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos? .....  Sí  No

12. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? .....  Sí  No

13. ¿Está naturalizado o es un ciudadano derivado? (Generalmente significa que ha nacido en el extranjero.)  SÍ. Llene a y b.  NO. Siga a la pregunta 14.  
a. Número de extranjero  b. Número de ID del documento  Después de responder a y b, PASE a la pregunta 15.

14. Si esta persona no es ciudadano o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?  SÍ. Escriba el # de documento y tipo. *Vea las instrucciones.*  
Tipo de documento de Inmigración  Tipo de estatus (opcional)  Escriba el nombre de la PERSONA 2 como aparece en el documento de inmigración.

# de extranjero o I-94  Número de tarjeta o de pasaporte

ID SEVIS o fecha de expiración (opcional)  Otro (código de categoría o país de emisión)

a. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996?.....  Sí  No  
b. ¿Es la PERSONA 2 o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? .....  Sí  No

15. Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? .....  Sí  No

16. ¿Vive la PERSONA 2 por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo? (Marque "sí" en caso de que usted o su cónyuge se hagan cargo del niño.) .....  Sí  No

17. Díganos el nombre y relación que tenga la Persona 2 con cualquier menor de 19 años que viva en su casa: (pueden ser los mismos niños mencionados en la página 2).

18. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo cuidado temporal a los 18 años o más? .....  Sí  No

**Responda estas preguntas si la Persona 2 tiene menos de 22 años:**

19. ¿Tenía la PERSONA 2 un seguro médico por su empleo y lo ha perdido en los 3 últimos meses? .....  Sí  No

a. "Sí". Fecha de terminación:  b. Motivo:

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

**Opcional:** (Marque todo lo que corresponda.)  
21. Si es Hispano/Latino:  Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro   
22. Raza:  Blanco  Negro o Afroamericano  Indio Americano o Nativo de Alaska  Filipino  Japonés  Coreano  Indio Asiático  Chino  Vietnamita  Otros Asiáticos  Nativos de Hawái  Chamorro  Samoano  Otros Isleños del Pacífico  Otro

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.



# PASO 2: PERSONA 2

Díganos sobre los ingresos de la PERSONA 2. Complete esta página aun si la PERSONA 2 no necesita cobertura

## Información sobre su empleo e ingreso

- Empleado:** Si la PERSONA 2 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 23.
  **Sin empleo:** Vaya a la pregunta 33.
  **Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 32.

### Empleo 1:

23. Nombre del empleador  
 \_\_\_\_\_

a. Dirección del empleador  
 \_\_\_\_\_

b. Ciudad \_\_\_\_\_ c. Estado \_\_\_\_\_ d. Código postal \_\_\_\_\_ 24. Número de teléfono del empleador  
 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
 Por hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  
 Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

26. Horas promedio trabajadas cada SEMANA  
 \_\_\_\_\_

### Empleo 2: (Si la PERSONA 2 tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

27. Nombre del empleador  
 \_\_\_\_\_

a. Dirección del empleador  
 \_\_\_\_\_

b. Ciudad \_\_\_\_\_ c. Estado \_\_\_\_\_ d. Código postal \_\_\_\_\_ 28. Número de teléfono del empleador  
 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

29. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
 Por hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  
 Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

30. Horas promedio trabajadas cada SEMANA  
 \_\_\_\_\_

31. En el último año, la PERSONA 2:  Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

### 32. Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

- a. Tipo de empleo: \_\_\_\_\_
- b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá la PERSONA 2 por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.) \$ \_\_\_\_\_

33. **Otros ingresos de este mes de la PERSONA 2:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 la recibe.  Si no los recibe, marque aquí. **NOTA: No** necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="radio"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="radio"/> Pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="radio"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="radio"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="radio"/> Neto por rentas/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="radio"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="radio"/> Otros ingresos, Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

34. **Deducciones:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor. **NOTA: No** debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 32b).

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="radio"/> Otras deducciones, Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="radio"/> Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

35. **Completar solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia durante el año.** Si solo trabaja en este empleo parte del año o recibe los beneficios por ciertos meses y no espera cambios en el ingreso mensual de la PERSONA 2, pase a la otra persona. ➔

Su ingreso total este año \$ _____	Su ingreso total el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____	<b>¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la Persona 2.</b>
---------------------------------------	---	--



# PASO 3: Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?  
 NO. Vaya al Paso 4.  SÍ. Vaya al Paso 4, complete el Apéndice B y envíelo con su solicitud.

## PASO 4: Su Cobertura Médica Familiar

1. Por cada año que recibió un crédito fiscal para la prima, ¿alguno de sus familiares presentó una declaración de impuestos y ajustó el crédito fiscal que usted usó?

- SÍ, se ajustaron los créditos fiscales para las primas. Complete el círculo sólo si TODAS las siguientes condiciones le aplican:
  - Utilizó pagos adelantados de créditos fiscales para las primas (APTC, en inglés) en uno o más años anteriores para ayudar a reducir los costos de la cobertura del Mercado.
  - El contribuyente de su hogar presentó una declaración federal de impuestos sobre ingresos para cada uno de estos años.
  - El declarante de impuestos presentó el Formulario 892 del IRS ([ciudadodesalud.gov/es/help/reconciling-your-tax-credit/](http://ciudadodesalud.gov/es/help/reconciling-your-tax-credit/)) con la declaración de impuestos.

2. ¿Se determinó en esta solicitud que alguna persona que no es elegible para Medicaid o para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, en inglés) en los últimos 90 días? (Seleccione sí sólo su estado detectó que alguna persona no era elegible para esta cobertura, no el Mercado).....  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

O, ¿Si se determinó en esta solicitud que alguna persona no es elegible para Medicaid o CHIP debido a su estatus migratorio en los últimos 4 años?.....  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Alguna persona en esta solicitud solicitó cobertura durante el Período de Inscripción Abierta del Mercado?.....  Sí  No

¿Quién? \_\_\_\_\_

3. ¿Le han ofrecido a alguna de las personas incluidas en la solicitud un seguro médico a través de un empleo? (Marque "sí" aun si la cobertura proviene del empleo de otra persona, como padre o cónyuge inclusive si ellos no aceptan la cobertura.)

- SÍ. Continúe y llene el Apéndice A. ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales?.....  Sí  No
- NO.

4. ¿Tiene cobertura médica alguno de ellos?  
 SÍ. Pase a la pregunta 5.  NO. Vaya al Paso 5.

5. Información sobre su cobertura médica actual. (Haga una copia de esta página si más de una persona tiene cobertura.) Escriba el tipo de cobertura, como la del empleador, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, VA, Cuerpos de Paz u otra. (No provea información sobre TRICARE si tiene Direct Care o Line of Duty.)

PERSONA 1:

Nombre de la persona inscrita en el plan \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura:  
 Empleador  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  Programa de atención médica del VA  Cuerpos de Paz  Otra

Si se la ofrece un empleador: (Complete el Apéndice A.)

Nombre de la compañía del seguro médico _____	Número de identificación de la póliza _____
---	---

Si es otro tipo de cobertura:  Marque aquí si es cobertura médica del Mercado.

Nombre de la compañía del seguro médico _____	Número de identificación de la póliza _____
---	---

¿Es un plan con beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? .....  Sí  No

PERSONA 2:

Nombre de la persona inscrita en el plan \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura:  
 Empleador  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  Programa de atención médica del VA  Cuerpos de Paz  Otra

Si se la ofrece un empleador: (Complete el Apéndice A.)

Nombre de la compañía del seguro médico _____	Número de identificación de la póliza _____
---	---

Si es otro tipo de cobertura:  Marque aquí si es cobertura médica del Mercado.

Nombre de la compañía del seguro médico _____	Número de identificación de la póliza _____
---	---

¿Es un plan con beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? .....  Sí  No

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.



## PASO 5: Lea y firme esta solicitud

### 1. ¿Está de acuerdo en autorizar al Mercado de Seguros Médicos a usar la información sobre sus ingresos

y la de su declaración de impuestos por los 5 próximos años? .....  Sí  No

La información será utilizada por el Mercado de Seguros Médicos para determinar su elegibilidad para la ayuda con sus gastos médicos durante los próximos años. El Mercado de seguros le enviará una carta y le permitirá hacer cambios. El Mercado verificará si sigue siendo elegible y para hacerlo podría pedirle documentos probatorios de sus ingresos. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento.

**NO.** Actualice mi información por los próximos:

- 4 años
  - 2 años
  - No utilice mi declaración de impuestos para renovar mi elegibilidad para la ayuda con los gastos médicos.
  - 3 años
  - 1 año
- (Si escoge esta opción tal vez afecte su elegibilidad para obtener la ayuda con los gastos médicos)

### 2. ¿Está en prisión (detenido/encarcelado) alguna de las personas incluidas en la solicitud? ..... Sí No

Sí. Díganos el nombre:

Llene el círculo si se ha emitido una sentencia.

### ¿Es alguna de las personas de la solicitud elegible para Medicaid?

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica o terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de la casa? .....  Sí  No
- **Sí.** Sé que me pedirán cooperar con la agencia que recauda los pagos de ayuda médica de un padre ausente. Si considero que el cooperar para recaudar los pagos de ayuda médica me causará daño a mí o a mi hijo, yo puedo decirle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado todas las respuestas a mi mejor saber y entender. Sé que si intencionalmente proveo información falsa o errónea puedo ser penalizado tal como lo estipula la ley federal.
- Entiendo que debo comunicarle al Mercado de seguros en un plazo de 30 días sobre cualquier cambio en mi situación que no figure en esta solicitud. Para comunicar un cambio puedo visitar [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llamar al **1-800-318-2596**. Comprendo que el cambio podría afectar mi elegibilidad para la ayuda económica y la de los otros miembros de mi familia.
- Sé que de acuerdo con la ley federal, no se permite la discriminación por la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad; y que si me siento discriminado puedo presentar una queja en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Entiendo que la información de esta solicitud será utilizada solamente para determinar mi elegibilidad para la cobertura médica, para ayuda con mis gastos médicos (si la solicito) y para propósitos legales del Mercado de seguros y de los programas de ayuda.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda en el pago de la cobertura médica si usted elije solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de crédito. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe evidencia.

### ¿Qué puedo hacer si me dicen que no soy elegible y creo que están equivocados?

En la mayoría de los casos puede apelar la decisión. Busque en el aviso de elegibilidad las instrucciones para apelar para cada persona de su hogar y los plazos para hacerlo. Tenga en cuenta que:

- Si lo desea puede pedirle a alguien que apele o participe en su apelación. Dicha persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otro. O puede apelar por usted mismo.
- Si usted presenta el recurso de apelación podría mantener su elegibilidad hasta que se decida sobre su apelación.
- El resultado de su apelación podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del hogar.

Para apelar, ingrese a su cuenta del Mercado de seguros en [CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/](http://CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/) o llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. También puede enviar el formulario de apelación o una carta al **Mercado de Seguros Médicos**, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Usted puede apelar una decisión sobre elegibilidad, período de inscripción, crédito fiscal, reducciones a los costos compartidos, Medicaid y CHIP, si le fueron negado uno de éstos. Si es elegible para una reducción de los costos compartidos o para el crédito fiscal, puede apelar el monto. Según el estado en el que reside, tal vez pueda hacerlo a través de Mercado de seguros o de la agencia estatal encargada de Medicaid y CHIP.

**La PERSONA 1 debe firmar la solicitud.** Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando la PERSONA 1 haya firmado el Apéndice C.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Si está firmando la solicitud fuera del Período de Inscripción Abierta (del 1 de noviembre al 15 de diciembre), revise el Apéndice D ("Preguntas sobre los cambios en su vida").

## PASO 6: Envíe por correo su solicitud completada



Envíe por correo su solicitud firmada a:  
**Mercado de Seguros Médicos**  
**Departamento de Salud y Servicios Humanos**  
**465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001**



Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro del votante en [www.eac.gov](http://www.eac.gov).



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.



# Obtener Ayuda en Otro Idioma Que No Sea Español

Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre el Mercado de Seguros Médicos, usted tiene el derecho de obtener ayuda e información en su idioma, sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al **1-800-318-2596**.

He aquí una lista de los idiomas disponibles y el mismo mensaje proporcionado anteriormente en estos idiomas:

## Español (Spanish)

Usted tiene el derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para comunicarse con un intérprete en español relacionado con el Mercado de seguros médicos, llame al 1-800-318-2596.

## 中文 (Chinese)

你有權利免費用您的語言獲得幫助和資訊。要用中文與傳譯員探討健康保險市場，請致電 1-800-318-2596。

## tiếng Việt (Vietnamese)

Quý vị có quyền nhận sự giúp đỡ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên bằng tiếng Việt về Thị Trường Bảo Hiểm Sức Khỏe, xin gọi số 1-800-318-2596.

## 한국어 (Korean)

귀하는 귀하의 언어로 도움과 정보를 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 한국어로 건강 보험 시장(Health Insurance Marketplace)에 대하여 통역사에게 이야기하려면, 1-800-318-2596 번으로 전화하십시오.

## العربية (Arabic)

لك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات في اللغة الخاصة بك مجاناً. وللتحدث مع مترجم في اللغة العربية حول سوق التأمين الصحي، يرجى الاتصال على 1-800-318-2596.

## Kreyòl (French Creole)

Ou gen tout dwa pou resevwa èd ak enfòmasyon nan lang ou pou gratis. Pou pale avèk yon entèpretè an Kreyòl konsènan Mache Asirans Medikal (Health Insurance Marketplace), rele 1-800-318-2596.

## Tagalog (Tagalog)

Mayroon kang karapatan makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika na walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagapagsalin sa Tagalog tungkol sa Health Insurance Marketplace, tumawag sa 1-800-318-2596.

## Polski (Polish)

Każdy ma prawo uzyskać bezpłatnie pomoc i informacje we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem po polsku na temat Rynku Ubezpieczeń Zdrowotnych (Health, Insurance Marketplace), należy zadzwonić pod numer 1-800-318-2596.

## Obtener Ayuda en Otro Idioma Que No Sea Español (continúe)

### Русский (Russian)

Вы имеете право бесплатно получить помощь и информацию на родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком на русском о платформе Health Insurance Marketplace (рынок медицинского страхования), позвоните по телефону 1-800-318-2596.

### Français (French)

Vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des renseignements dans votre langue sans aucun coût. Pour consulter un interprète en français quant au Marché d'assurance santé, composez le 1-800-318-2596.

### Deutsch (German)

Sie haben das Recht, Hilfe und Informationen kostenlos in Ihrer eigenen Sprache in Anspruch zu nehmen. Um mit einem Dolmetscher für die deutsche Sprache über den „Health Insurance Marketplace“ zu sprechen, rufen Sie bitte diese Nummer an: 1-800-318-2596.

### ગુજરાતી (Gujarati)

તમને વિના મૂલ્યે તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. આરોગ્ય વીમા વ્યાપારબજાર વિશે દુભાષિયા સાથે ગુજરાતીમાં વાતચીત કરવા, કૉલ કરો 1-800-318-2596

### Português (Portuguese)

Você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem nenhum custo adicional. Para falar com um intérprete de [Português] sobre o Mercado de Seguros de Saúde, ligue para 1-800-318-2596.

### Italiano (Italian)

Se voi, o una persona che state aiutando volete chiarimenti mercato delle assicurazioni mediche (Health Insurance Marketplace), avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete potete chiamare il numero 1-800-318-2596

### 日本語 (Japanese)

ご自身か、もしくはサポートされている誰かがHealth Insurance Marketplaceに問い合わせたい場合は、日本語サポートと情報提供を無料で得る資格を有しています。1-800-318-2596までご連絡いただき、通訳とお話してください。



## Cobertura Médica de un Empleo

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un empleo, aun si no la acepta. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrece cobertura.

### Díganos sobre el empleo que ofrece la cobertura.

Haga una copia de esta página y entréguesela al empleador que ofrece la cobertura para que le ayude con las preguntas.

### Información del Empleado

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

### Información del Empleador

3. Nombre del empleado	
<input type="text"/>	
4. Número de Identificación Patronal (EIN)	5. Número de teléfono del empleador
<input type="text"/> - <input type="text"/>	( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>

**Ahora, ingrese la información de la persona o departamento que administra los beneficios de los empleados. Podemos llamar a esta persona si necesitamos más información:**

6. Persona o departamento que podemos contactar acerca de la cobertura médica para empleados		
<input type="text"/>		
7. Dirección del empleador (el Mercado de seguros podría enviar los avisos a esta dirección)		
<input type="text"/>		
8. Ciudad	9. Estado	10. Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	
( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 13. ¿Este empleado está inscrito en la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

- SÍ** (Continuar)
  **NO (EMPLEADOR:** Deténgase y regrese este formulario al empleado.  
**EMPLEADO:** regrese a su solicitud de cobertura del Mercado)

**a. Si es el empleado no es elegible hoy, incluyendo como resultado un período de espera o probatorio, cuando el empleado será elegible para la cobertura? (mm/dd/año)**

 /  / 

**b. ¿El empleador ofrece un plan médico que cubre al cónyuge o dependientes?**

- SÍ. (¿A cuáles?)**
 Cónyuge
  Dependiente(s)
  **NO** (Vaya a la pregunta 14)

**Escriba el nombre de cualquier persona en el hogar del empleador que es elegible para la cobertura de este empleo**

Nombre

Nombre

Nombre

**continúe en la próxima página**



## Díganos sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador.

14. ¿El empleador ofrece seguro que cumple con el estándar de valor mínimo\*?

- SÍ** (Vaya a la pregunta 15)  **NO** (Deténgase y regrese el formulario al empleado)

15. Para el plan con el costo menor que cumple con el valor mínimo, ¿cuánto sería la cantidad que el empleado tiene que pagar en primas para la **cobertura individual**? No incluya planes familiares. **NOTA:** Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagará si recibe el descuento máximo para algún programa para dejar de fumar y no recibe ningún otro descuento basado en un programa de bienestar.

a. El empleado pagará esta prima: \$

**NOTA:** Ingrese la cantidad menor que el empleado podría pagar por cobertura.

b. El empleado pagará esta cantidad:  Semanal  Cada 2 semanas  2 veces por mes  Mensual  Trimestral  Anual

(Vaya a la próxima pregunta)

16. ¿Cuáles cambios hará el empleador para el nuevo año del plan?

- El empleador no ofrecerá cobertura a partir de: (mm/dd/año)

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- La cantidad de la prima cambiará para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo\* y está a la disposición de los empleados solamente. (La prima debe reflejar solamente los descuentos para programas para dejar el tabaco. Véase la pregunta 15.)

a. El empleado pagará esta prima: \$

b. El empleado pagará esta cantidad:  Semanal  Cada 2 semanas  2 veces por mes  Mensual  Trimestral  Anual

c. Fecha del cambio: (mm/dd/año)

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- No sé si el empleador hará cambios.  
 El empleador no hará ningún cambio.

\*Un plan de salud cumple con el "estándar de valor mínimo" si el plan comparte al menos el 60% del total de los costos de los beneficios cubiertos para una persona promedio y ofrece cobertura sustancial de hospital y servicios médicos.

# Apéndice B



Formulario Aprobado  
OMB No. 0938-1191

## Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Envíe con este documento su Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

### Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para Indígenas, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Indios. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales mensuales para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

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

AI/AN PERSONA 1:	1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
	2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida? .....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Sí. Nombre de la tribu:	Estado donde reside la tribu:	<input type="text"/>
	3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?.....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	<b>No.</b> Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? .....		
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
	4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes:		
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías</li><li>• Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas)</li><li>• Dinero de la venta de cosas que tienen un valor cultural</li></ul>		
	\$	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>

AI/AN PERSONA 2:	1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
	2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida? .....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	Sí. Nombre de la tribu:	Estado donde reside la tribu:	<input type="text"/>
	3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?.....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	<b>No.</b> Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? .....		
	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
	4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes:		
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías</li><li>• Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas)</li><li>• Dinero de la venta de cosas que tienen un valor cultural</li></ul>		
	\$	¿Con qué frecuencia?	<input type="text"/>



## Asistencia para Completar esta Solicitud

### Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo <input type="text"/>	
3. Nombre de la organización <input type="text"/>	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/>

### Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de Seguros Médicos. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) <input type="text"/>		
2. Dirección <input type="text"/>		3. Número de apartamento o suite <input type="text"/>
4. Ciudad <input type="text"/>	5. Estado <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/>
7. Número de teléfono ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización <input type="text"/>		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/>		

Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.

10. Firma de la PERSONA 1 de esta solicitud <input type="text"/>	11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---	--





## Preguntas sobre cambios en su vida

(Usted debe llenar el resto de esta solicitud y esta página. No envíe este Apéndice solo.)

Si cualquier persona de esta solicitud ha tenido un cambio en su vida en los 60 últimos días, complete las siguientes. Ciertos cambios harán que sea elegible para la cobertura del Mercado inmediatamente. También le aconsejamos que responda estas preguntas si está solicitando la cobertura después de que el Período de Inscripción Abierta haya terminado y antes de que comience el próximo.

Las respuestas a estas preguntas son opcionales. Si su situación no ha cambiado, puede dejar las preguntas en blanco. Usted puede inscribirse para obtener los beneficios de Medicaid y del Seguro Médico para los Niños (CHIP) en cualquier momento del año, aun si sus circunstancias no han cambiado. Los miembros de las tribus federalmente reconocidas y los accionistas nativos de Alaska también pueden inscribirse para conseguir la cobertura a través del Mercado de seguros en cualquier momento del año.

### Díganos sobre los cambios en su familia.

#### 1. ¿Algún miembro perdió su cobertura médica en los últimos 60 días o espera perderla en los próximos 60 días?

Nombres	Fecha en la que terminó o terminará la cobertura (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> Marque si la cobertura ha terminado porque no pagó las primas.	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

#### 2. ¿Algún miembro se casó en los últimos 60 días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
a. ¿Alguna de estas personas tuvo cobertura médica calificada en algún momento durante los pasados 60 días? ..... <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Si contestó sí, indique los nombres a continuación:	
Nombres	

#### 3. ¿Ha sido algún miembro de la familia encarcelado, detenido o puesto en prisión en los últimos 60 días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

#### 4. ¿Ha obtenido algún miembro un estatus migratorio legal en los últimos 60 días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

#### 5. ¿Alguien nació, fue adoptado, dado en adopción o puesto en cuidado temporal en los últimos 60 días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

#### 6. ¿Alguien se convirtió en dependiente debido a una orden de manutención u otra orden judicial en los últimos 60 días?

Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

#### 7. ¿Se ha mudado algún miembro en los últimos 60 días?

Nombres	Fecha de mudanza (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

¿Cuál es el código postal de su dirección anterior?  Marque aquí si se mudó de un país extranjero o territorio de EE.UU.

a. ¿Alguna de estas personas calificó para cobertura médica en algún momento durante los últimos 60 días? .....  Sí  No

Si contestó sí, indique los nombres a continuación:

Nombres