Paso 2: PERSONA __

Utilice estas páginas si hay más de 2 personas en su hogar. Escriba el número de la persona que estás agregando.

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 del hogar que viven con usted. Vaya a la página 1 de su solicitud para información adicional sobre las personas que debe incluir.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

2. ¿Cuál es la relación con usted? Vaya a las instrucciones.	3. ¿Está casado/a?	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo
	◯ Sí ◯ No	/ /	◯ Mujer ◯ Hombre

6. Número de Seguro Social (SSN) ___ - ___ - ___ ★ **Lo necesitamos si esta persona 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 esta persona presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?** Usted puede solicitar la cobertura médica aún si esta persona no presenta una declaración del impuesto federal. ..... ◯ **SÍ.** Responda los artículos a–c. ◯ **NO.** Vaya al artículo c.

a. ¿Presentará esta persona una declaración conjuntamente con su cónyuge? ..... ◯ Sí ◯ No

Si. Nombre del cónyuge:

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

Si. Escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Será reclamado esta persona 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 esta persona embarazada? ..... ◯ Sí ◯ No a. **Si.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? ☐

10. **¿Necesita esta persona cobertura médica?** Aún si esta persona 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 las páginas 2–3. Deje el resto de esta página en blanco.

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

12. ¿Es esta persona **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, vaya 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. Vaya a instrucciones.

Tipo de documento de Inmigración	Tipo de estatus (opcional)	Escriba el nombre de esta persona 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 esta persona en los EE.UU. desde 1996? ..... ◯ Sí ◯ No

b. ¿Es esta persona o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ..... ◯ Sí ◯ No

15. ¿Desea esta persona ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? ..... ◯ Sí ◯ No

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

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

¿Estuvo esta persona bajo cuidado temporal a los 18 años o más? ..... ◯ Sí ◯ No

Responda estas preguntas si esta persona tiene menos de 22 años:

18. ¿Tenía esta persona un seguro médico por su empleo y lo ha perdido en los 3 últimos meses? ..... ◯ Sí ◯ No

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

19. ¿Es esta persona un estudiante de tiempo completo? ..... ◯ Sí ◯ No

Opcional: (Proporcionar esta información no afectará la elegibilidad, las opciones del plan ni los costos).

Marque todo lo que corresponda.

20. Si es Hispano/Latino:
○ Mexicano ○ Mexicano Americano ○ Chicano/a ○ Puertorriqueño ○ Cubano ○ Otro _____

21. 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 _____

Seleccione una respuesta.

22. Sexo asignado al nacer (puede encontrarlo en el certificado de nacimiento de esta persona):
○ Mujer ○ Hombre ○ Otro: _____ ○ No sé ○ Prefiero no responder

23. Género actual:
○ Mujer ○ Hombre ○ Mujer transgénero ○ Hombre transgénero ○ Un término diferente: _____ ○ No sé
○ Prefiero no responder

24. Orientación sexual:
○ Bisexual ○ Lesbiana o gay ○ Heterosexual (ni lesbiana ni gay) ○ Un término diferente: _____ ○ No sé
○ Prefiero no responder

Paso 2: PERSONA __

Díganos sobre los ingresos de esta persona. Complete esta página aun si esta persona no necesita cobertura

Información sobre su empleo e ingreso

○ **Empleado:** Si esta persona actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 25.

○ **Sin empleo:** Vaya a la pregunta 35.

○ **Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 34.

Empleo 1:

25. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador (opcional)

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

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

29. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador (opcional)

b. Ciudad | c. Estado | d. Código postal | 30. Número de teléfono del empleador ( ) -

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

32. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

33. **En el último año, esta persona:** ○ Cambió de empleo ○ Dejó de trabajar ○ Comenzó a trabajar menos horas ○ Ninguno de estos

34. **Si esta persona trabaja por cuenta propia, complete a y b:**

a. Tipo de empleo:

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

continúe en la próxima página

35. **Otros ingresos de este mes de esta persona:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia esta persona 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 **$** ¿Con qué frecuencia?	◯ Pensión alimenticia recibida (**Nota:** Si el divorcio finalizó antes del 01/01/2019) **$** ¿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?

36. **Deducciones:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia esta persona 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 34b).

◯ Pensión alimenticia pagada (**Nota:** Si el divorcio finalizó antes del 01/01/2019) **$** ¿Con qué frecuencia?	◯ Otras deducciones, Tipo: _____ **$** ¿Con qué frecuencia?
◯ Intereses por préstamo estudiantil **$** ¿Con qué frecuencia?	

37. **Completar solamente si el ingreso de esta persona 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 esta persona, pase a la otra persona.

Su ingreso total **este año** **$**	Su ingreso total **el próximo** año (si considera que será diferente) **$** ◯ Marque si piensa que su ingreso es difícil de predecir.

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