Mercado de Seguros Médicos

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191
Expira: 09/30/2027

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

Solicite más rápidamente en línea en CuidadoDeSalud.gov.

Use esta solicitud para averiguar para cuál cobertura califica

- Los planes del Mercado ofrecen cobertura que le ayudará a mantenerse sano.
- Un crédito tributario que puede ayudar inmediatamente a disminuir el costo de sus primas para la cobertura médica.
- Cobertura gratis o a un bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). **Ciertos niveles de ingresos pueden calificar para programas gratuitos o de bajo costo.**

¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su hogar.
- **Envíe la solicitud aún si usted, su cónyuge o su hijo ya tienen 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**.
- Los hogares que incluyen inmigrantes elegibles pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitar para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. La solicitud no afectará su estatus migratorio ni sus posibilidades 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 solicitar

- 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 hogar.

¿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 la declaración de la Ley de Privacidad, visite **CuidadoDeSalud.gov** o verifique las instrucciones.

¿Qué sigue después?

Haga una copia para usted, luego envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 10.

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 un Aviso de Elegibilidad una vez que procesemos su solicitud. Si no ha escuchado de nosotros, llame al 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**
- **Por teléfono:** Comuníquese a nuestro Centro de Llamadas al **1-800-318-2596. TTY 1-855-889-4325.**
- **En persona:** Pueden haber asistentes en su zona para ayudarle. Visite **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 español, llame al **1-800-318-2596** y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos sin costo alguno para usted.

Usted tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado. Visite **CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice**, (en inglés) o llame al **1-800-318-2596** para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

CuidadoDeSalud.gov

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

Paso 1: Díganos sobre usted.

Necesitamos que un adulto del hogar sea la persona de contacto para su solicitud.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

2. Dirección residencial (Deje el espacio en blanco si no tiene una).	3. Dirección residencial 2

4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado

8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)	9. Dirección postal 2

10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado

14. Número de teléfono	15. Otro número de teléfono
( ) -	( ) -

16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? ○ Sí ○ No

Dirección de correo electrónico:

17. Idioma preferido:	Escrito	Hablado

Paso 2: Díganos sobre su hogar.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Complete el Paso 2 para cada persona de su hogar inclusive si algún miembro 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 miembros en su hogar 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.
- Niños 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 cónyuge viviendo con usted.
- 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 hogar.

Comience con usted, luego agregue otros adultos y niños. Si hay más de dos personas en su hogar, 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 de su hogar 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.

Paso 2: PERSONA 1 (Comience con usted).

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y dependientes 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 su hogar que viven con usted.

1. Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo

2. ¿Cuál es la relación con usted? **YO MISMO**

3. ¿Está casado? ◯ Sí ◯ No

4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / ___

5. Sexo ◯ Mujer ◯ Hombre

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. Para más información sobre cómo obtener ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite **SSA.gov**. Los usuarios de TTY pueden 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.** Responda los artículos a–c. ◯ **NO.** Vaya al artículo 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.), una necesidad de cuidado especial 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:

b. Número de ID del documento:

Después de responder a y b, vaya 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. Vaya a las instrucciones.

Tipo de documento de Inmigración | Tipo de estatus (opcional) | Escriba su nombre como aparece en su 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 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? (Rellene "sí" en caso de que usted o su cónyuge se hagan cargo del niño). ◯ Sí ◯ No

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

16. ¿Es estudiante a tiempo completo? ◯ Sí ◯ No

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

continúe en la próxima página

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

Marque todo lo que corresponda.

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

19. 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.

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

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

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

Paso 2: PERSONA 1 (Continuación—sobre usted).

Información sobre su empleo e ingreso

○ Empleado: Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con el pregunta 23.

○ Sin empleo: Vaya a el pregunta 33.

○ Por cuenta propia: Vaya a el pregunta 32.

Empleo 1:

23. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador (opcional)

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 usted tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

27. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador (opcional)

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, usted:** ○ Cambió de empleo ○ Dejó de trabajar ○ Comenzó a trabajar menos horas ○ Ninguno de estos

32. **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). $

continúe en la próxima página

33. **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 (**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?

34. **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.

No incluya un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 32b).

◯ 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?	

35. **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) $ ◯ Marque si piensa que su ingreso es dificil de predecir.

¡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 5–7 si hay más de dos miembros en su familia.

Complete esta sección 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 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? ◯ Sí ◯ No

4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) ___ / ___ / ____

5. Sexo ◯ Mujer ◯ Hombre

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.** Responda los artículos a–c. ◯ **NO.** Vaya al artículo c.

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

Sí. Nombre del cónyuge:

b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos? ◯ Sí ◯ No

Sí. 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

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?

9. ¿Está la PERSONA 2 embarazada? ◯ Sí ◯ No a. **Sí.** ¿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 6. 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.) una necesidad de cuidado especial 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, 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 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? (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 la Persona 2 con cualquier menor de 19 años que viva en su casa: (pueden ser los mismos niños mencionados en la página 2).

¿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:

18. ¿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:

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

continúe en la próxima página

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 la Persona 2):
○ 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 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 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 la PERSONA 2 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, la PERSONA 2:** ○ Cambió de empleo ○ Dejó de trabajar ○ Comenzó a trabajar menos horas ○ Ninguno de estos

34. **Si la PERSONA 2 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 la PERSONA 2 por trabajar por cuenta propia este mes? (Vaya a las instrucciones). $

continúe en la próxima página

35. **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).

◯ 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 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.

No incluya 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 la PERSONA 2 cambia durante el año.** Si solo trabaja en este empleo parte del año o recibe los beneficios por ciertos meses. Si 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) $ ◯ Marque si piensa que su ingreso es difícil de predecir.

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

Paso 3: Miembro(s) de hogar Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

1. **¿Es usted o algún miembro de su hogar 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: Cobertura Médica de su hogar

1. **¿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 5 años? ◯ Sí ◯ No
   ¿Quién?
   ¿Alguna persona en esta solicitud solicitó cobertura durante el Período de Inscripción Abierta del Mercado o luego de un evento de vida calificado? ◯ Sí ◯ No
   ¿Quién?
2. **¿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. Marque "no" si la única cobertura ofrecida es COBRA).
   ◯ **SÍ.** Continúe y llene el Apéndice A. ◯ **NO.**
   ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales? ◯ Sí ◯ No
   ¿Alguna de las personas en la solicitud se le ofreció un Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA en inglés) de cobertura individual o una HRA de pequeño empleador calificado (QSEHRA en inglés)? ◯ Sí ◯ No
3. **¿Tiene cobertura médica alguno de ellos?**
   ◯ **SÍ.** Pase a la pregunta 4. ◯ **NO.** Vaya al artículo 5.
4. **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

¿Le gustaría recibir información sobre cómo registrarse para votar? (Opcional)

◯ Sí ◯ No ◯ Prefiero no responder

Puede obtener información, fechas límite de registro y encontrar recursos para su estado en **Vote.gov**.

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 para confirmar sus ingresos. Usted puede revocar la autorización en cualquier momento.

   NO. Actualice mi información por los próximos: ◯ 5 años ◯ 4 años ◯ 3 años ◯ 2 años ◯ 1 año

   ◯ No utilice mi declaración de impuestos para renovar mi elegibilidad para la ayuda con los gastos médicos. (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
   Si es así, díganos el nombre de la persona. El nombre de la persona encarcelada es:

   ◯ Llene el círculo si se ha emitido una sentencia.

Si alguien en su solicitud está inscrito en la cobertura del Mercado y luego se descubre que tiene otra cobertura de salud calificada (como Medicare, Medicaid o CHIP), el Mercado finalizará automáticamente la cobertura de su plan del Mercado. Esto ayudará a garantizar que cualquier persona que tenga otra cobertura calificada no permanezca inscrita en la cobertura del Mercado y tenga que pagar el costo total.

◯ Acepto permitir que el Mercado finalice la cobertura del Mercado de las personas en mi solicitud en esta situación.

◯ No autorizo al Mercado para finalizar la cobertura del Mercado en esta situación. Entiendo que las personas afectadas en mi solicitud ya no serán elegibles para recibir ayuda financiera y deben pagar el costo total de su plan del Mercado.

Si 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** 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 **HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint**.
- 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 confirmación.

¿Qué puedo hacer si pienso que mis resultados de elegibilidad están equivocados?

Recibirá un Aviso de Elegibilidad por correo después de que procesemos su solicitud. Si no está de acuerdo con lo que califica, 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/** o llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden 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, Attn: Apelaciones, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Usted puede apelar una decisión sobre elegibilidad, período de inscripción, crédito tributario, 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 tributario, 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 enero), revise el Apéndice D ("Preguntas sobre los cambios en su vida").

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **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 dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

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

Obtener usted 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:

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 مجانا. 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.

Divulgación de acuerdo con PRA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos (Papeleo) de 1995, ninguna persona debe responder a un pedido de información a menos que les presenten un número válido de OMB. El número de control válido de OMB para la recolección de esta información es 0938-1191. El tiempo para completar este documento es aproximadamente 45 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos y completar la solicitud. Si tiene comentarios sobre el tiempo destinado a cada respuesta o sugerencias para mejorar la solicitud escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Report Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244-1850.

Obtener usted ayuda en otro idioma que no sea español (continúe)

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.

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、通訳とお話しください。

Apéndice A: Cobertura Médica de un Empleo

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191
Expira: 09/30/2027

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. Tampoco es necesario que responda estas preguntas si la única cobertura que se le ofrece a alguien es COBRA. 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
	___ - __ - ____

Información del Empleador

3. Nombre del empleado	
4. Número de Identificación Patronal (EIN)	5. Número de teléfono del empleador
__ - _____	(___) ___ - ____

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		
7. Dirección del empleador (el Mercado de seguros podría enviar los avisos a esta dirección)		
8. Ciudad	9. Estado	10. Código Postal
	__	_____
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	
(___) ___ - ____		

13. ¿Este empleador le ofrece al empleado cobertura médica? Sólo seleccione "sí" si tendrán una oferta de cobertura a principios del próximo mes, o a partir del 1 de enero si la solicitan durante la Inscripción Abierta.

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

¿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. ¿Cuánto sería la cantidad que el empleado tiene que pagar en primas para la **cobertura individual** que cumple con el estándar de valor mínimo*? No incluya planes familiares.

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

16. **Si se enumeran otros miembros del hogar en la pregunta 13:** ¿Cuánto pagaría el empleado por el plan de menor costo que cubra al empleado y a los miembros del hogar enumerados en la pregunta 13? Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el empleado pagaría si obtuviera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no obtuviera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. El empleado pagará esta prima: **$**

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

* 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: Miembro del Hogar Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191
Expira: 09/30/2027

Complete este apéndice si usted o un miembro de su hogar 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) del Hogar 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 hogar 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? ○ Sí ○ No

Sí. Nombre de la tribu:

Estado donde reside la tribu:

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? ○ Sí ○ No

Si no, 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? ○ Sí ○ 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:
   - Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías
   - 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)
   - Dinero de la venta de cosas que tienen un valor cultural

Tipo de Ingreso:
○ Auto-empleo ○ Alquiler o regalía ○ Agricultura o pesca
○ Otro: _____

$

¿Con qué frecuencia?

AI/AN PERSONA 2:

1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)

2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida? ○ Sí ○ No

Sí. Nombre de la tribu:

Estado donde reside la tribu:

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? ○ Sí ○ No

Si no, 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? ○ Sí ○ 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:
   - Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías
   - 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)
   - Dinero de la venta de cosas que tienen un valor cultural

Tipo de Ingreso:
○ Auto-empleo ○ Alquiler o regalía ○ Agricultura o pesca
○ Otro: _____

$

¿Con qué frecuencia?

Apéndice C: Ayuda para Completar esta Solicitud

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191
Expira: 09/30/2027

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)
__ / __ / ____

2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo

3. Nombre de la organización

4. Número de identificación (ID)

5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN

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)

2. Dirección

3. Dirección 2

4. Ciudad

5. Estado

6. Código Postal

7. Número de teléfono
( ) -

8. Nombre de la organización

9. Número de identificación (ID)

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

11. Fecha (mm/dd/aaaa)
__ / __ / ____

Apéndice D: Preguntas sobre cambios en su vida

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191
Expira: 09/30/2027

(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, como perder su cobertura médica, casarse, mudarse o tener un bebé, en los 60 últimos días (o espera tenerlos en los próximos 60 días), complete estas preguntas. Ciertos cambios harán que sea elegible para la cobertura del Mercado inmediatamente. También le aconsejamos que responda estas preguntas si está solicitando la cobertura fuera del Período de Inscripción Abierta (del 1 de novimbre al 15 de enero).

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 hogar.

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

Nombre(s)	Fecha en la que terminó o terminará la cobertura (mm/dd/aaaa)
	__ / __ / ____

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

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
	__ / __ / ____

a. ¿Alguna de estas personas tuvo cobertura médica calificada en algún momento durante los pasados 60 días? ..... ◯ Sí ◯ No

Si contestó si, indique los nombres a continuación:

Nombre(s)

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

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
	__ / __ / ____

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

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
	__ / __ / ____

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

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
	__ / __ / ____

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

Nombre(s)	Fecha (mm/dd/aaaa)
	__ / __ / ____

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

Nombre(s)	Fecha de mudanza (mm/dd/aaaa)
	__ / __ / ____

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

_____

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

Si contestó si, indique los nombres a continuación:

Nombre(s)