

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

LO QUE DEBE SABER



Use esta solicitud para saber sus opciones de cobertura

- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid, FAMIS o Plan First
 - Planes de seguros de salud privados disponibles que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano
 - Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de sus primas para la cobertura de salud
- Usted puede calificar para un programa de bajo costo incluso si gana tanto como \$95,400 por año (para una familia de 4).**



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o sin costo.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer una solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Aplicando por la cobertura de salud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a completar esta solicitud, tal vez necesite completar el Apéndice C.
- Si usted solicita en nombre de alguien que no es su esposo/a o familiar menor de 21 años, debe completar un formulario de representante autorizado (Apéndice C).
- Si tiene 65 años o más o es discapacitado o de cualquier edad y necesita asistencia con el centro de enfermería o la atención basada en la comunidad, tal vez necesite completar el Apéndice D.



Solicite más

Realice la solicitud con mayor rapidez en línea en commonhelp.virginia.gov. Para más información sobre Medicaid, FAMIS y Plan First visite coverva.org.



Qué es lo que pudiera necesitar para 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, talones de cheques, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico de parte de su trabajo disponible para su familia



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre sus ingresos y lo demás para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y segura como lo requiere la ley.



¿Qué sigue después?

Si utiliza esta solicitud de papel, envíe su solicitud completa y firmada al Departamento de Servicios Sociales local en la ciudad o condado donde vive. Van a seguir en contacto con usted para obtener información adicional. Su solicitud se deberá procesar dentro de los 45 días desde la fecha en que se recibió.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **Por teléfono:** Llame Cover Virginia al **1-855-242-8282**.
- **En persona:** Habrá ayudantes de solicitud en su área que pueden ayudar. Visite nuestro sitio web en coverva.org o llame al **1-855-242-8282** para recibir más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-242-8282**.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Para llenar la solicitud use tinta azul o negra.

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos una persona adulta de la familia que sea el contacto para su solicitud.)

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

PASO 2 Díganos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos quiénes son todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara los impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar los impuestos para obtener una cobertura de salud).

Incluya:

- A usted
- Su esposo/a
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Ambos padres viven en la casa (para un menor de 21)
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted, luego incluya los otros adultos y niños. Si usted tiene más que 2 personas en su familia, necesitará incluir copias del formulario complementario de Persona Adicional de una sola página y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted mismo, su esposo/a y los hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona que aparezca en su declaración de impuestos en caso de que presente una. Incluya a ambos padres que vivan en la casa (para un menor de 21). 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 | 2. ¿Cuál es la relación con usted? YO MISMO |
|------------------|----------------|----------|--------|--|

| | |
|-------------------------------------|--|
| 3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |
|-------------------------------------|--|

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

Necesitamos esta parte si quiere cobertura médica y tiene un SSN. Aunque no desea la cobertura médica para usted, el proporcionar su SSN puede acelerar el proceso de su solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos e información adicional para determinar quien es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Piensa presentar una declaración federal de impuestos el PRÓXIMO AÑO?

(Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración de impuestos federal.)

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

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su esposo/a? Sí No

SÍ. Nombre del esposo/a: _____

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

SÍ. Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será usted 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? _____

7. ¿Está embarazada? Sí No a. **SÍ.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____ Fecha de parto: _____

8. ¿Necesita cobertura médica? (Incluso aunque tengan Medicare u otro seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos menores).

De NO ser así, pase directamente a las preguntas sobre ingresos en la página 3 y deje el resto de esta página en blanco.

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo.

SÍ. Si tiene menos de 19 o más de 64 años y no es elegible para recibir una cobertura total, ¿desea ser evaluado para Plan First (cobertura de planificación familiar solamente)?

NO. Si tiene entre 19 y 64 años y no es elegible para recibir una cobertura total, será evaluado para Plan First (cobertura de planificación familiar solamente), a menos que marque NO.

9. ¿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? En caso afirmativo, complete el Apéndice D. Sí No

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

11. Si usted no es ciudadano o nacional de los EE.UU., tiene un estado migratorio elegible?

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de ID del documento _____

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

12. ¿Vive por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

Por favor contesta las siguientes preguntas si usted tiene 18 años o menos:

13. Tiene seguro médico que terminó en los últimos 4 meses? Sí No

a. Si sí, fecha de terminación: _____ b. Motivo por el cual se terminó el seguro: _____

*Para conocer la lista de razones, vea la página 6.

14. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

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

16. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Mexicano/a Mexicano/a Americano/a Chicano/a Puertorriqueño/a Cubano/a Otro _____

17. Race (OPTIONAL—check all that apply.)

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro Asiático | <input type="checkbox"/> Samoano |
| | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano | <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico |
| | | | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al 1-855-242-8282. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-242-8282 e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

PASO 2: PERSONA 1 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 28.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

| | | | |
|--|-----------------|---|--|
| 18. Nombre del patrón _____ | | | 19. Número de teléfono del patrón () - _____ |
| a. Dirección del patrón _____ | b. Ciudad _____ | c. Estado _____ | d. Código postal _____ |
| 20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ | | 21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____ | |
| <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente | | | |

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

| | | | |
|--|-----------------|---|--|
| 22. Nombre del patrón _____ | | | 23. Número de teléfono del patrón () - _____ |
| a. Dirección del patrón _____ | b. Ciudad _____ | c. Estado _____ | d. Código postal _____ |
| 24. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ | | 25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____ | |
| <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente | | | |
| 26. En el último año, usted: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajos <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguno de estos | | | |

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

- a. Tipo de trabajo: _____
- b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se pagan los gastos de negocio) que recibirá por este trabajo autónomo este mes? \$ _____

28. OTROS INGRESOS DE ESTE MES: Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

- Si no los recibe, marque aquí
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | |

29. ¿Desea recibir ayuda para pagar las facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses? Sí No En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales de los 3 meses anteriores. Mes 1: \$ _____ Mes 2 \$ _____ Mes 3: \$ _____

30. **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 27b).

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

31. INGRESO ANUAL: Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente. 

| | |
|--|--|
| 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.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 2: PERSONA 2

Si tiene más de dos personas para incluir, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.

Complete el Paso 2 para su esposo/a e hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona que aparezca en su misma declaración de impuestos en caso de que presente una. Incluya a ambos padres que vivan en la casa (para un menor de 21). Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____ 2. ¿Cuál es la relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ 4. Sexo Hombre Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) _____
Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? Sí No
Si no, indique la dirección: _____

7. **¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar el seguro de gastos médicos aún si la segunda persona 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 su declaración conjuntamente con su esposo/a? Sí No

SÍ. Nombre del esposo/a: _____

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

SÍ. Indique los nombres de los dependientes: _____

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

SÍ. Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está la PERSONA 2 embarazada? Sí No a. **SÍ.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____
Fecha de parto: _____

9. **¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?** (Incluso aunque tengan Medicare u otro seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos menores). **De NO ser así, pase directamente a las preguntas sobre ingresos en la página 5 y deje el resto de esta página en blanco.**

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo.  

SÍ. Si tiene menos de 19 o más de 64 años y no es elegible para recibir una cobertura total, ¿desea ser evaluado para Plan First (cobertura de planificación familiar solamente)? **NO.** Si tiene entre 19 y 64 años y no es elegible para recibir una cobertura total, será evaluado para Plan First (cobertura de planificación familiar solamente), a menos que marque NO.

10. ¿Tiene la PERSONA 2 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? En caso afirmativo, complete el Apéndice D. Sí No

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

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadana o nacional de los EE.UU.**, tiene un estado de migratorio elegible?
 Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de ID del documento _____

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

13. ¿La Persona 2 vive con al menos un hijo menor de 19 años y la persona principal que cuida a este menor? 14. ¿La PERSONA 2 estuvo en hogar de acogida en Virginia a los 18 años o más edad? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 18 años o menos:

15. ¿Tuvo la PERSONA 2 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 4 meses? Sí No
a. **Si sí,** fecha de terminación: _____ b. Motivo por el cual se terminó el seguro: _____

*Para conocer la lista de razones, vea la página 6.

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

17. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano/a Mexicano/a Americano/a Chicano/a Puertorriqueño/a Cubano/a Otro _____

18. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Filipino Vietnamita Guameño o Chamorro
 Negro o Afroamericano Indio Asiático Japonés Otro Asiático Samoano
 Chino Coreano Nativo Hawaiano Otros Isleños del Pacífico Otro _____

Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en la parte de atrás. 

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al 1-855-242-8282. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-242-8282 e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 19.

Sin empleo: Vaya a la pregunta 29.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 28.

TRABAJO ACTUAL 1:

| | | | |
|--|-----------------|-----------------|--|
| 19. Nombre del patrón _____ | | | 20. Número de teléfono del patrón () - _____ |
| a. Dirección del patrón _____ | b. Ciudad _____ | c. Estado _____ | d. Código postal _____ |
| 21. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente | | | 22. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____ |

TRABAJO ACTUAL 2: (Si la PERSONA 2 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

| | | | |
|--|-----------------|-----------------|--|
| 23. Nombre del patrón _____ | | | 24. Número de teléfono del patrón () - _____ |
| a. Dirección del patrón _____ | b. Ciudad _____ | c. Estado _____ | d. Código postal _____ |
| 25. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente | | | 26. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____ |

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

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

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se pagan los gastos de negocio) que la PERSONA 2 recibirá por este trabajo autónomo este mes?

\$ _____

29. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia que la reciben.

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

Si no los recibe, marque aquí

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

30. ¿La PERSONA 2 desea recibir ayuda para pagar las facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses? Sí No En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales de los 3 meses anteriores. Mes 1: \$ _____ Mes 2 \$ _____ Mes 3: \$ _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia que la reciben. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, añádanos 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 28b).

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

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

Si no espera que se produzcan cambios de los ingresos mensuales de la PERSONA 2, agregue a otra persona o pase a la próxima

| | |
|---|--|
| Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$ _____ | Ingresos total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que sería diferente) \$ _____ |
|---|--|

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

Si tiene más de dos personas para incluir, complete el formulario complementario de Persona Adicional de una sola página.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al 1-855-242-8282. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-242-8282 e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

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 Apéndice B.

PASO 4

Su Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de salud?

- SÍ.** Verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen. **NO.**

Medicaid _____

FAMIS _____

Plan First _____

Medicare _____

TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber)

Programas de atención médica de la Administración de Veteranos

Cuerpo de Paz _____

Mercado de seguros médicos _____

Seguro por el patrón _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es esta una cobertura COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud para retirados? Sí No

Otro

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)?

Sí No

2. ¿Hay alguna persona indicada en esta solicitud que se le ofreció una cobertura médica de un trabajo?

Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, como es el padre o esposo/a.

SÍ. Tendrá que completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados? Sí No

NO. Vaya al Paso 5.

*** MOTIVO POR LOS CUALES FINALIZÓ EL SEGURO DE SALUD DEL NIÑO:** **1** El padre o padrastro cambió de empleo o dejó de trabajar y ningún otro empleador contribuye para cubrir el costo de cobertura familiar. **2** El empleador del padre o padrastro dejó de contribuir para cubrir el costo de cobertura familiar y ningún otro empleador contribuye para cubrir el costo de cobertura familiar. **3** La compañía aseguradora interrumpió la cobertura ya que el niño no es elegible. **4** El costo del seguro superó el 10% del ingreso mensual (antes de impuestos). **5** El seguro fue cancelado por otra persona que no es ni el padre o padrastro quien vive con el niño. **6** Se interrumpió/cesó una póliza COBRA. **7** Otros.

Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 5 **Lea y firme esta solicitud.**

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Entiendo que estoy autorizando al Departamento de Servicios Sociales local (LDSS) y el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) para que obtengan verificación/información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad para Medicaid o FAMIS.
- Entiendo que los contratistas de Medicaid y DMAS pueden intercambiar información referida a mi cobertura con LDSS para asistir en los servicios de solicitud, inscripción, administración y facturación.
- Tengo conocimiento de que los individuos inscritos en atención administrada, pagarán una prima mensual a la MCO (Organización de Atención Administrada) por la cobertura de una persona. Si el niño o la mujer embarazada no son elegibles para FAMIS, FAMIS Plus, FAMIS MOMS o Medicaid debido a que no brindo información veraz u omito informar acerca de los cambios obligatorios en el tamaño o ingresos de mi familia, tendré que pagar nuevamente las primas mensuales abonadas a la MCO. Tendré que pagar estas primas incluso si no se recibió ningún servicio médico durante esos meses.
- Tengo conocimiento de que debo notificar al Departamento de Servicios Sociales local dentro de los 10 días calendario si algo cambia y si difiere de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar www.commonhelp para informar acerca de cualquier cambio. Tengo conocimiento de que un cambio en mi información puede afectar la elegibilidad de los miembro(s) de mi grupo familiar.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que ninguna persona solicitando el seguro médico en esta solicitud ha estado encarcelada (detenida o en prisión). Si no, _____ está encarcelado(a).

(nombre de la persona)

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 Impuestos Internos (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, es probable que le pidamos que nos envíe evidencia.

Renovación de la cobertura en años próximos

A fin de facilitar la determinación de mi elegibilidad para ayudar a abonar la cobertura de salud en los próximos años, acepto permitir que los programas Medicaid o FAMIS o el Mercado utilicen datos, incluida la información de la declaración jurada de impuestos. Tengo conocimiento de que recibiré una notificación acerca del resultado de mi renovación. Tengo conocimiento de que puedo optar por darme de baja en cualquier momento.

Sí, renueva mi elegibilidad en forma automática para los próximos

5 años (el máximo número de años permitido), o por un menor número de años:

4 años 3 años 2 años 1 año No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le estoy dando los derechos nuestros a la agencia de Medicaid para seguir y obtener dinero de otro seguro médico, acuerdos legales, y otros terceros. También doy derechos a la agencia de Medicaid para seguir y obtener apoyo médico de un esposo/a o padre.
- Algun niño en esta solicitud tiene un padre o madre fuera del hogar? Sí No
- Si sí, se que me pedirán que coopere con la agencia que colecciona apoyo médico de un padre ausente. Si pienso que cooperando para coleccionar apoyo médico me causara daño a mi o mis hijos, yo le puedo decir a Medicaid y puede que no tenga que cooperar.

Mi derecho de apelar

Si pienso que Medicaid, FAMIS o Plan First ha cometido un error, puedo contactarlos en www.coverva.org o llamar al **1-855-242-8282**. Las instrucciones para presentar una apelación se incluirán en mi notificación y también están disponibles en el sitio web coverva.org. Si considero que el Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace) ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el Mercado de Seguros Médicos que considero que la acción es errónea y puedo solicitar una revisión justa de la acción. Tengo conocimiento de que puedo averiguar cómo apelar si llamo al Mercado al **1-800-318-2596**. Yo se que me puede representar alguien más en el proceso en vez de yo mismo. Mi elegibilidad y otra información importante será explicada a mi.

Firme esta solicitud. La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, si haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

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

PASO 6 **Envíe por correo su solicitud completada.**

Envíe por correo su solicitud firmada a:

El Departamento de Servicios Sociales local en la ciudad o condado donde vive



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 7

Consentimiento para compartir información del perfil de usuario

Al Departamento de Servicios Sociales de Virginia (VDSS) le interesaría utilizar parte de la información personal que ha proporcionado en su solicitud sobre usted y sus dependientes a fin de crear su Perfil de Usuario. VDSS pide su permiso para compartir su Perfil de Usuario electrónicamente con las agencias del estado enumeradas a continuación. Se le avisará a cada agencia cuando usted hace un cambio en la información contenida en su Perfil de Usuario. Esto le permitirá ahorrar tiempo al brindar información de Perfil de Usuario sólo una vez cuando visita estas agencias.

Aviso legal

Los datos que se comparten

Su Perfil de Usuario sólo se creará si usted acepta compartirlo y si está elegible para recibir asistencia. Su Perfil de Usuario contendrá el primer nombre, apellido, inicial de su Segundo nombre, sufijo (Jr., Sr., etc.), dirección actual, fecha de nacimiento, Número de Seguro Social y número de identificación de Medicaid (si correspondiere), dirección de correo electrónico, teléfono particular, identificación de la licencia de conducir y número de teléfono celular. Sin embargo, usted puede compartir su Perfil de Usuario sin compartir su número de Seguro Social, lo cual no afectará su elegibilidad. Su número de identificación de Medicaid sólo se compartirá con VDSS y su departamento de servicios sociales local. Como su cuenta de Perfil de Usuario se basa en su solicitud de asistencia, las agencias nombradas a continuación también tendrán conocimiento de que usted recibe asistencia.

Agencias incluidas y uso permitido

A continuación figuran las agencias que recibirán su información. Se enumeran los motivos por los cuales han solicitado su Perfil de Usuario y lo que podrán hacer con su Perfil de Usuario.

Al compartir su Perfil de Usuario les permitirá que actualicen la información en sus computadoras, lo cual ahorra dinero de los contribuyentes. Puede ahorrarle una visita a una de estas agencias debido a que su información se ha cambiado electrónicamente.

El Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) puede necesitar una copia de su Perfil de Usuario cuando éste cambia. El DMV puede cambiar su dirección con respecto a los automóviles que son de su propiedad o la información que tienen de usted acerca de la licencia de conducir/ tarjeta de identificación. Le enviarán una tarjeta de manera automática a través del correo postal para completar esta actualización.

La Agencia de Tecnologías de Información de Virginia (VITA) opera un sistema electrónico llamado Enterprise Data Management (EDM), el cual contiene datos que usted ya ha brindado a DMV para su licencia de conducir o tarjeta de identificación. Si da permiso para compartir su Perfil de Usuario, EDM comparará los datos de DMV y su Perfil de Usuario y compartirá esta información con su departamento de servicios sociales local y DMV. Si los datos no coinciden, DMV o su departamento de servicios sociales local podrán contactarlo para confirmar la información. El trabajador del departamento de servicios sociales local dentro de EDM podrá revisar la dirección de correo electrónico, número de teléfono particular, número de teléfono celular y número de identificación de Medicaid para identificar posibles duplicados de su Perfil de Usuario.

Si opta por no compartir su Perfil de Usuario

Su información se conservará sólo dentro del Departamento de Servicios Sociales. Si opta por no compartir su Perfil de Usuario, su elegibilidad para recibir asistencia no se verá afectada.

Número de Seguro Social

Usted puede optar por incluir su Número de Seguro Social (SSN) en su Perfil de Usuario. El SSN se utiliza para comparar su Perfil de Usuario con los datos de DMV en EDM de manera fácil. Su SSN se mantiene bajo confidencialidad.

Dependientes

Este pedido es para su propio Perfil de Usuario y para el Perfil de Usuario de cualquier persona que es su dependiente legal, incluidos sus hijos menores de 18 años, cualquier persona respecto de la cual es su tutor legal o cualquier otra persona respecto de la cual tiene autoridad para aceptar compartir información.

Para dejar de compartir su Perfil de Usuario

Usted puede dejar de compartir su Perfil de Usuario en cualquier momento si visita www.commonhelp.virginia.gov y cambia su decisión de compartir. También puede cambiar su decisión de compartir su Perfil de Usuario visitando su departamento de servicios sociales local.

Cuánto dura el consentimiento para compartir

Su permiso para compartir su Perfil de Usuario permanecerá activo durante un (1) año desde la fecha en que lo aprueba, a menos que cambie su decisión de compartir antes. Su acuerdo respecto de cualquier niño menor que cumple 18 años caducará el día en que ese niño cumple los 18 años. Luego se le preguntará a ese individuo si acepta compartir su información.

Se le pedirá que comparta su información cada vez que realice un cambio en la información que se utiliza en su Perfil de Usuario.

Dar el consentimiento

He examinado el idioma del Consentimiento contenido aquí y por el presente autorizo a la Commonwealth a:

- Compartir mi Perfil de Usuario con las agencias especificadas. Incluir mi Número de Seguro Social cuando se crea mi Perfil de Usuario.
- Mi perfil de usuario puede ser compartido con las agencias especificadas, pero no incluyan el número de seguro social cuando se crea mi perfil de usuario.
- No permito que se comparta mi Perfil de Usuario.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Cobertura de Salud de Trabajos

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

Díganos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

Lleve la Solicitud de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

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 patrón | 4. Número de Identificación del Empleador (EIN) ____ - _____ | |
| 5. Dirección del patrón | 6. Número de teléfono del patrón () - _____ | |
| 7. Ciudad | 8. Estado | 9. Código Postal |
| 10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo? | | |
| 11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) () - _____ | 12. Dirección de correo electrónico | |

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este patrón, o será elegible en los próximos 3 meses?**

Sí (Continuar)

13a. Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa)

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el patrón un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): Si el patrón tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia?

Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el patrón para el año nuevo del plan? (si se conoce)

El patrón no ofrecerá cobertura de salud

El patrón comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.

* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia?

Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/yyyy): _____

*Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Internal Revenue Code de 1986)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR



Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o esposo). La información en los espacios numerados abajo es igual a la información del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los espacios 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.



Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección.

| | |
|--|---|
| 1. Nombre (Primer, Segundo y Apellido) | 2. Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ |
|--|---|



Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

| | | |
|--|--|------------------|
| 3. Nombre | 4. Número de Identificación del empleador (EIN) _____ - _____ - _____ | |
| 5. Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará las notificaciones a esta dirección) | 6. Teléfono () - _____ | |
| 7. Ciudad | 8. Estado | 9. Código Postal |
| 10. ¿Con quién podemos hablar en esta empresa, sobre la cobertura médica para los empleados? | | |
| 11. Teléfono (si es diferente al de arriba) () - _____ | 12. Dirección de correo electrónico | |

| |
|--|
| 13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura médica ofrecida por este empleador, o lo será en los 3 próximos meses? <input type="checkbox"/> Sí (Vaya a la pregunta 13a.) 13a. Si el empleado no es elegible hoy, entre otros motivos por estar en un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible? _____ (mm/dd/aaaa) (Vaya a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> No (PARE y devuélvale el formulario al empleado) |
|--|

Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al esposo o dependiente del empleado?

Sí. ¿A quién cubre? Esposo/a Dependiente(s)

No

(Vaya a la pregunta 14)

| |
|--|
| 14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo*? |
| <input type="checkbox"/> Sí. (Vaya a la pregunta 15) <input type="checkbox"/> (PARE y devuélvale el formulario al empleado) |
| 15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo* ofrecido solamente al empleador (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuánto es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar. |
| a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ _____ |
| b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual |

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE y devuélvale el formulario al empleado.

| |
|--|
| 16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año? |
| <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá un seguro médico |
| <input type="checkbox"/> El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.) |
| a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ _____ |
| b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual |
| Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____ |

*Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.



APPENDIX B

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. Presente 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 Indios, 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 de esta página y adjúntela.

| | AI/AN PERSONA 1 | AI/AN PERSONA 2 |
|---|--|---|
| 1. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido) | Primer nombre Segundo nombre Apellido | Primer nombre Segundo nombre Apellido |
| 2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida? | <input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o por medio de una referencia de uno de estos programas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 por medio de una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • 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 una significancia cultural | \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Asistencia para Completar esta Solicitud

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 alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local. Si usted solicita en nombre de alguien que no es su esposo/a o familiar, debe completar un formulario de representante autorizado (Apéndice C). 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. Número de apartamento o suite |
| 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. Su firma | | 11. Fecha (mm/dd/aaaa) |

O

¿Hay alguien más con quien le gustaría que compartamos su información sobre esta solicitud?

| | | | |
|--|--------|---|---------------|
| 1. Confiero permiso a (nombre) | | y/o (nombre de la organización) | |
| 2. Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
| 3. Número de teléfono () - | | 4. Número de identificación (si correspondiere) | |
| para que reciba información sobre elegibilidad e inscripción relacionada con mi solicitud/caso. También otorgo permiso al Departamento de Servicios Sociales y/o al Departamento de Servicios de Asistencia Médica para divulgar información sobre dicha solicitud a esta persona/ organización. | | | |
| 5. Su firma | | 6. Fecha (mm/dd/aaaa) | |

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 |



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Certificación de agencia de inscripción de votantes de la Commonwealth de Virginia

Si no está inscripto para votar donde vive en la actualidad, ¿le gustaría solicitar inscribirse para votar aquí en la actualidad? (Marque una sola opción)

- Ya estoy inscripto para votar en mi dirección actual o no estoy apto para inscribirme para votar y no necesito una solicitud para inscribirme para votar.
- Sí, me gustaría solicitar inscribirme para votar (complete el formulario de solicitud de inscripción de votante)
- No, no quiero inscribirme para votar.

Si no marca ningún casillero, se considerará que usted ha decidido no inscribirse para votar esta vez.

Solicitar inscribirse para votar o rechazar inscribirse para votar no afectará la asistencia o servicios que esta agencia le prestará. Si rechaza inscribirse para votar, este hecho permanecerá bajo confidencialidad. Si se inscribe para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá en confidencialidad y sólo se utilizará con fines de inscripción de votantes. Si le gustaría recibir ayuda para completar el formulario de inscripción de votante, lo ayudaremos. La decisión sobre buscar ayuda o aceptarla depende de usted. Usted puede completar este formulario en privado si lo desea.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rechazar inscribirse para votar, su derecho a la privacidad en lo referido a la decisión de inscribirse o a solicitar inscribirse para votar, puede presentar una queja ante la Secretaría de la Junta de Elecciones del Estado de Virginia: Washington Building, 1100 Bank Street, Richmond, VA 23219-3497, teléfono: (804) 864-8901.

Nombre del solicitante

Firma

Fecha

(para uso exclusivo de la agencia)

Formulario de inscripción de votante completado: Sí No

Formulario de inscripción de votante entregado al solicitante para su posterior envío por correo postal (a pedido del solicitante):

Firma del personal de la agencia

Fecha



NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit the Cover Virginia website at coverva.org or call us at **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-242 8282**. If you need help in a language other than English, call **1-855-242-8282** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-888-221-1590**.

