



## Solicitud para cobertura de salud y ayuda para pagar los costos



Utilice esta solicitud para saber para qué opciones de cobertura califica

- Planes de seguros de salud privados accesibles que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse bien.
- Un nuevo crédito fiscal que puede ayudarlo de inmediato a pagar sus primas para la cobertura de salud.
- Seguro gratis o de bajo costo de Medicaid o de North Carolina Health Choice (NCHC).
- Usted podría calificar para un programa gratis o de bajo costo incluso si gana hasta \$94,000 por año (para una familia de 4).



¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para solicitar para cualquiera en su familia.
- Solicite incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud. Usted puede ser elegible para una cobertura de bajo costo o gratis.
- Si usted es soltero(a), puede usar un formulario breve. Visite <http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/applications.htm>.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden solicitarlo. Usted puede solicitarlo por su hijo(a) incluso si usted no es elegible para la cobertura. La solicitud no afectará su estado de inmigración o las posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, es posible que deba completar el Apéndice C.

COSAS QUE DEBE SABER



Solicite más rápido en línea

- Solicite más rápido en línea en <https://epass.nc.gov>.



Lo que puede necesitar para solicitar

- Números de seguridad social (o números de documento para cualquier inmigrante legal que necesite seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cualquiera en su familia (por ejemplo, de los talonarios de pago, formularios W-2, o declaraciones de sueldos y fiscales)
- Números de póliza para cualquier seguro de salud actual
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para su familia
- Prueba de identidad
- Prueba de vivir en Carolina del Norte



¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos sobre los ingresos y otra información para informarle a qué cobertura de salud califica usted y si puede obtener alguna ayuda para pagarla. Mantendremos toda la información que usted brinde de manera privada y segura, según lo requiere la ley. Para ver la declaración de la Ley de privacidad, visite <http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/rights.htm>.



¿Qué ocurre a continuación?

Envíe su solicitud completa y firmada al Departamento de Servicios Sociales del condado donde usted vive (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>). Si usted no tiene toda la información que requerimos, firme y envíe su solicitud de todas maneras. Haremos el seguimiento con usted dentro de un plazo de 1-2 semanas. Usted obtendrá instrucciones sobre los siguientes pasos para completar su solicitud para la cobertura de salud. Si no tiene novedades nuestras, visite <http://www.ncdhhs.gov/dss/local/> o llame al 1-800-662-7030. Completar esta solicitud no significa que tenga que comprar la cobertura de salud.



Obtenga ayuda con esa solicitud

- Teléfono: Llame a su oficina del DSS local.
- En persona: Visite su oficina del DSS local. Para encontrar la ubicación de su oficina del DSS, visite <http://www.ncdhhs.gov/dss/local/> o llame al 1-800-662-7030.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

DMA-5200

## PASO 1

### Háblenos sobre usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Domicilio particular (deje en blanco si no tiene).			3. Número de suite o departamento
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal (ZIP)	7. Condado
8. Dirección postal (de ser diferente de la dirección particular)			9. Número de departamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal (ZIP)	13. Condado
14. Número de teléfono ( ) -		15. Otro número de teléfono ( ) -	
16. ¿Cuál es su idioma hablado o escrito preferido (de ser diferente del inglés)?			

## PASO 2

### Háblenos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Háblenos sobre todos los miembros de su familia con los que usted vive. Si presenta impuestos, debemos saber sobre todas las personas en su declaración de impuestos. (No debe presentar impuestos para obtener cobertura de salud).

DEBE incluir:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Cualquier persona que incluya en su declaración federal de impuestos, incluso si no vive con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a su cargo y que viva con usted

NO debe incluir:

- Sus padres que viven con usted, pero que presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21)
- Otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de ayuda o tipo de programa al que usted califique depende de la cantidad de personas en su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona en su familia. Comience con usted mismo, luego agregue otros adultos y niños. Si tiene más de 4 personas en su familia, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que brinde estado de inmigración o número de seguridad social (SSN) para los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que usted brinde de manera privada y segura, según lo requiere la ley. Usaremos su información personal solo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

## PASO 2: PERSONA 1

(Comience con usted mismo)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge, sus hijos menores de 21 años que viven con usted y cualquier persona que incluya en su declaración federal de impuestos incluso si no viven con usted. Ver la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar los miembros de su familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. ¿Relación con usted?  
USTED MISMO

3. Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

4. Sexo  Hombre  Mujer

5. Número de seguridad social (SSN) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Necesitamos esto si usted desea cobertura de salud y tiene N° de SS. Usamos los N° de SS para verificar ingresos y otra información para saber quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien desea ayuda para obtener el N° de SS, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO? (*Aun así puede solicitar seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos.*)

Sí. De ser afirmativa su respuesta, responda las preguntas a-c.  NO. De no ser afirmativa su respuesta, vaya a la pregunta c.

a. ¿Hará la presentación conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

De ser afirmativa su respuesta, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

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

De ser afirmativa su respuesta, liste el/los nombre(s) del/de los dependiente(s): \_\_\_\_\_

c. ¿Usted será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

De ser afirmativa su respuesta, liste el nombre de quien presenta la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cómo está relacionado usted con quien presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

7. ¿Necesita cobertura de salud?

(*Aun si tiene seguro, puede haber un programa con una mejor cobertura o con costos menores.*)

Sí. De ser afirmativa su respuesta, responda todas las preguntas a continuación.



NO. De ser negativa su respuesta, VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 4. Deje el resto de esta página en blanco.



8. ¿Es usted ciudadano estadounidense o ciudadano residente estadounidense?  Sí  No

9a. Si usted no es un ciudadano estadounidense o un ciudadano residente estadounidense, ¿tiene estado de inmigración elegible?

Sí. Complete su tipo de documento y su número de documento de identificación a continuación.

a. Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_

b. Número de documento de identificación \_\_\_\_\_

c. Fecha de entrada en los EE.UU. \_\_\_\_\_

d. ¿Es usted, su cónyuge o padre/madre un veterano de guerra o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses?  Sí  No

9b. Si usted no es un ciudadano estadounidense o un ciudadano residente estadounidense, ¿ha tenido una emergencia médica en los últimos 3 meses o espera tener una emergencia médica en los siguientes 45/90 días?

Sí  No

Fecha de emergencia \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_

10. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL—marque todas las que apliquen)

Mexicano  Mexicano estadounidense  Portorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

11. Raza (OPCIONAL—marque todas las que apliquen)

Blanco o caucásico  Negro o afroamericano  Asiático  Nativo Hawaiano  Otras islas del Pacífico

Amerindio o nativo de Alaska De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice B  Otro \_\_\_\_\_

12. ¿Es usted residente de Carolina del Norte con la intención de permanecer en Carolina del Norte?  Sí  No

13. ¿Está embarazada?  Sí  No De ser afirmativa su respuesta, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_

14. ¿Está solicitando Servicios de planificación familiar?  Sí  No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice D.

15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es usted la principal persona a cargo de este niño?  Sí  No

16. ¿Estaba usted en cuidado de crianza en Carolina del Norte cuando cumplió 18?

Sí  No

17a. ¿Es usted discapacitado(a)?  Sí  No

17b. ¿Tiene usted 65 años o más?  Sí  No

17c. ¿Es usted ciego(a)?  Sí  No

18. ¿Tiene usted alguna condición física, mental o emocional que cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.), vive en un centro médico, hogar de reposo y/o necesita servicios basados en el hogar y la comunidad (CAP)?  Sí  No

19. ¿Desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice E.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

DMA-5200

## PASO 2: PERSONA 1

(Continúe con usted mismo)

### Trabajo actual e información sobre ingresos

Empleado

Si está actualmente empleado, háganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20.

Empleado autónomo

Vaya a la pregunta 29.

No está empleado(a)

Vaya a la pregunta 30.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador

21. Número de teléfono del empleador

( ) -

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

\$ \_\_\_\_\_

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

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

24. Nombre y domicilio del empleador

25. Número de teléfono del empleador

( ) -

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

\$ \_\_\_\_\_

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. El año pasado, usted:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

29. Si es empleado autónomo, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

b. ¿Cuáles han sido sus ingresos netos (ganancias una vez que se han pagado los gastos comerciales) de este empleo autónomo los últimos 12 meses?

\_\_\_\_\_

30. OTROS INGRESOS DURANTE ESTE MES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

NOTA: No es necesario que nos informe sobre manutención infantil, beneficios de veteranos de guerra o ingresos suplementarios de seguridad (SSI). Si usted solicita Medicaid para los adultos mayores, ciegos, discapacitados, cuidado a largo plazo o servicios en el hogar (CAP), complete el Apéndice F.

Ninguno

Desempleo

Pensiones

Seguridad social

Cuentas de jubilaciones

Pensión alimenticia recibida

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Agricultura/pesca neta

Renta/regalía neta

Otros ingresos

Tipo: \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

31. DEDUCCIONES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

Si paga determinadas cosas que pueden ser deducidas de la declaración federal de impuestos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta a la pregunta sobre el trabajo autónomo neto (pregunta 29b).

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

32. INGRESOS ANUALES: Complete solo si sus ingresos cambian de mes a mes. Si no espera

cambios en sus ingresos mensuales, vaya a la siguiente persona.



Sus ingresos totales este año

\$ \_\_\_\_\_

Sus ingresos totales el próximo año (si usted cree que será diferente)

\$ \_\_\_\_\_

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



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

DMA-5200

## PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para la PERSONA 2, su cónyuge, sus hijos menores de 21 años que viven con ella y cualquier persona que declaren en su declaración federal de impuestos incluso si no viven con ella. Ver la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si la PERSONA 2 no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar los miembros de su familia que viven con ella.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. ¿Relación con usted?
3. Fecha de nac.: (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	5. Número de seguridad social (SSN) ____ - ____ - ____ Solo requerido si solicita asistencia
6. ¿La PERSONA 2 planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO? (Aun así puede solicitar seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos). <input type="checkbox"/> SÍ. De ser afirmativa su respuesta, responda las preguntas a-c. <input type="checkbox"/> NO. De no ser afirmativa su respuesta, vaya a la pregunta c.		
a. ¿La PERSONA 2 hará la presentación conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, nombre del cónyuge: _____		
b. ¿La PERSONA 2 declarará algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, liste el/los nombre(s) del/de los dependiente(s): _____		
c. ¿La PERSONA 2 será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, liste el nombre de quien presenta la declaración de impuestos: _____ ¿Cómo está relacionada la PERSONA 2 con quien presenta la declaración de impuestos? _____		
7. ¿La PERSONA 2 necesita cobertura de salud? (Aun si tiene seguro, puede haber un programa con una mejor cobertura o con costos menores). <input type="checkbox"/> SÍ. De ser afirmativa su respuesta, responda todas las preguntas a continuación. <input type="checkbox"/> NO. De ser negativa su respuesta, VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 6. Deje el resto de esta página en blanco.		
8. ¿Es la PERSONA 2 ciudadano estadounidense o ciudadano residente estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9a. Si LA PERSONA 2 no es un ciudadano estadounidense ni un ciudadano residente estadounidense, ¿tiene estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> SÍ. Complete su tipo de documento y su número de documento de identificación a continuación.	9b. Si la PERSONA 2 no es un ciudadano estadounidense ni un ciudadano residente estadounidense, ¿ha tenido una emergencia médica en los últimos 3 meses o espera tener una emergencia médica en los siguientes 45/90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Fecha de emergencia _____ Nombre del proveedor _____	
a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de documento de identificación _____ c. Fecha de entrada en los EE.UU. _____ d. ¿Es la PERSONA 2, su cónyuge o padre/madre un veterano de guerra o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
10. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL—marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano estadounidense <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____		
11. Raza (OPCIONAL—marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice B <input type="checkbox"/> Otro _____		
12. ¿La PERSONA 2 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser negativa su respuesta, liste el domicilio: _____	13. ¿Es la PERSONA 2 residente de Carolina del Norte con la intención de permanecer en Carolina del Norte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. ¿La PERSONA 2 está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____		
15. ¿La PERSONA 2 está solicitando Servicios de planificación familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice D.		
16. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es la principal persona a cargo de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿La PERSONA 2 estaba en cuidado de crianza en Carolina del Norte cuando cumplió 18? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
18a. ¿La PERSONA 2 es discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18b. ¿La PERSONA 2 tiene 65 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18c. ¿La PERSONA 2 es ciega? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿La PERSONA 2 tiene alguna condición física, mental o emocional que cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.), vive en un centro médico, hogar de reposo y/o necesita servicios basados en el hogar y la comunidad (CAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
20. ¿La PERSONA 2 desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice E.		
Responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:		
21. ¿La PERSONA 2 tuvo seguro durante un empleo y lo perdió durante los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. De ser afirmativa su respuesta, fecha de finalización: _____ b. Razón por la que el seguro terminó: _____		



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

DMA-5200

## PASO 2: PERSONA 2

### Trabajo actual e información sobre ingresos

- Empleado Si está actualmente empleado, háganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 22.  
 Empleado autónomo Vaya a la pregunta 31.  
 No está empleado(a) Vaya a la pregunta 32.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

22. Nombre y dirección del empleador	23. Número de teléfono del empleador (       )       -
24. 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 \$ _____	
25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	

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

26. Nombre y domicilio del empleador	27. Número de teléfono del empleador (       )       -
28. 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 \$ _____	
29. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA	
30. El año pasado, la PERSONA 2: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguno de estos	

31. Si es empleado autónomo, responda las siguientes preguntas:

- a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_
- b. ¿Cuáles serán sus ingresos netos (ganancias una vez que se han pagado los gastos comerciales) de este empleo autónomo este mes?  
\$ \_\_\_\_\_

32. OTROS INGRESOS DURANTE ESTE MES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

NOTA: No es necesario que la PERSONA 2 nos informe sobre manutención infantil, beneficios de veterano de guerra o ingresos suplementarios de seguridad (SSI). Si la PERSONA 2 solicita Medicaid para los adultos mayores, ciegos, discapacitados, cuidado a largo plazo o servicios en el hogar (CAP), complete el Apéndice F.

- |                                                       |                                                 |                                     |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                      | <input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta | \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Desempleo                    | <input type="checkbox"/> Renta/regalía neta     | \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones                    | <input type="checkbox"/> Otros ingresos         | \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguridad social             | Tipo: _____                                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilaciones      |                                                 |                                     |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida |                                                 |                                     |

33. DEDUCCIONES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

Si la PERSONA 2 paga determinadas cosas que pueden ser deducidas de la declaración federal de impuestos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta a la pregunta sobre el trabajo autónomo neto (pregunta 29b).

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

34. INGRESOS ANUALES: Complete solo si los ingresos de la PERSONA 2 cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 2, agregue otra persona o vaya a la siguiente sección.



Ingresos totales este año de la PERSONA 2 \$ _____	Ingresos totales de la PERSONA 2 el próximo año (si usted cree que será diferente) \$ _____
-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

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



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

## PASO 2: PERSONA 3

Complete el Paso 2 para la PERSONA 3, su cónyuge, sus hijos menores de 21 años que viven con ella y cualquier persona que declaren en su declaración federal de impuestos incluso si no viven con ella. Ver la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si la PERSONA 3 no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar los miembros de su familia que viven con ella.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		2. ¿Relación con usted?
3. Fecha de nac.: (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	5. Número de seguridad social (SSN) ____ - ____ - ____ Solo requerido si solicita asistencia
6. ¿La PERSONA 3 planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO? (Aun así puede solicitar seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos). <input type="checkbox"/> SÍ. De ser afirmativa su respuesta, responda las preguntas a-c. <input type="checkbox"/> NO. De no ser afirmativa su respuesta, vaya a la pregunta c.		
a. ¿La PERSONA 3 hará la presentación conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, nombre del cónyuge: _____		
b. ¿La PERSONA 3 declarará algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, liste el/los nombre(s) del/de los dependiente(s): _____		
c. ¿La PERSONA 3 será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, liste el nombre de quien presenta la declaración de impuestos: _____ ¿Cómo está relacionada la PERSONA 3 con quien presenta la declaración de impuestos? _____		
7. ¿La PERSONA 3 necesita cobertura de salud? (Aun si tiene seguro, puede haber un programa con una mejor cobertura o con costos menores). <input type="checkbox"/> SÍ. De ser afirmativa su respuesta, responda todas las preguntas a continuación. <input type="checkbox"/> NO. De ser negativa su respuesta, VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 8. Deje el resto de esta página en blanco.		
8. ¿Es la PERSONA 3 ciudadano estadounidense o ciudadano residente estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9a. Si LA PERSONA 3 no es un ciudadano estadounidense o un ciudadano residente estadounidense, ¿tiene estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> SÍ. Complete su tipo de documento y su número de documento de identificación a continuación.	9b. Si la PERSONA 3 no es un ciudadano estadounidense o un ciudadano residente estadounidense, ¿ha tenido una emergencia médica en los últimos 3 meses o espera tener una emergencia médica en los siguientes 45/90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Fecha de emergencia _____ Nombre del proveedor _____	
a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de documento de identificación _____ c. Fecha de entrada en los EE.UU. _____ d. ¿Es la PERSONA 3, su cónyuge o padre/madre un veterano de guerra o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
10. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL—marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano estadounidense <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____		
11. Raza (OPCIONAL—marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice B <input type="checkbox"/> Otro _____		
12. ¿La PERSONA 3 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser negativa su respuesta, liste el domicilio: _____	13. ¿Es la PERSONA 3 residente de Carolina del Norte con la intención de permanecer en Carolina del Norte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. ¿La PERSONA 3 está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____		
15. ¿La PERSONA 3 está solicitando Servicios de planificación familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice D.		
16. ¿La PERSONA 3 vive con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es la principal persona a cargo de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿La PERSONA 3 estaba en cuidado de crianza en Carolina del Norte cuando cumplió 18? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
18a. ¿La PERSONA 3 es discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18b. ¿La PERSONA 3 tiene 65 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18c. ¿La PERSONA 3 es ciega? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿La PERSONA 3 tiene alguna condición física, mental o emocional que cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.), vive en un centro médico, hogar de reposo y/o necesita servicios basados en el hogar y la comunidad (CAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
20. ¿La PERSONA 3 desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice E.		
Responda las siguientes preguntas si la PERSONA 3 tiene 22 años o menos:		
21. ¿La PERSONA 3 tuvo seguro durante un empleo y lo perdió durante los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. De ser afirmativa su respuesta, fecha de finalización: _____ b. Razón por la que el seguro terminó: _____		



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

## PASO 2: PERSONA 3

### Trabajo actual e información sobre ingresos

Empleado

Si está actualmente empleado, háganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 22.

Empleado autónomo

Vaya a la pregunta 31.

No está empleado(a)

Vaya a la pregunta 32.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

22. Nombre y dirección del empleador

23. Número de teléfono del empleador

( ) -

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

25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

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

26. Nombre y domicilio del empleador

27. Número de teléfono del empleador

( ) -

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

29. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

30. El año pasado, la PERSONA 3:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

31. Si es empleado autónomo, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuáles serán sus ingresos netos (ganancias una vez que se han pagado los gastos comerciales) de este empleo autónomo este mes?

\$ \_\_\_\_\_

32. OTROS INGRESOS DURANTE ESTE MES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

NOTA: No es necesario que la PERSONA 3 nos informe sobre manutención infantil, beneficios de veterano de guerra o ingresos suplementarios de seguridad (SSI). Si la PERSONA 3 solicita Medicaid para los adultos mayores, ciegos, discapacitados, cuidado a largo plazo o servicios en el hogar (CAP), complete el Apéndice F.

Ninguno

Desempleo

Pensiones

Seguridad social

Cuentas de jubilaciones

Pensión alimenticia recibida

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Agricultura/pesca neta

Renta/regalía neta

Otros ingresos

Tipo: \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

33. DEDUCCIONES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

Si la PERSONA 3 paga determinadas cosas que pueden ser deducidas de la declaración federal de impuestos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta a la pregunta sobre el trabajo autónomo neto (pregunta 29b).

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

34. INGRESOS ANUALES: Complete solo si los ingresos de la PERSONA 3 cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 3, agregue otra persona o vaya a la siguiente sección.



¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 3.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.



## PASO 2: PERSONA 4

Complete el Paso 2 para la PERSONA 4, su cónyuge, sus hijos menores de 21 años que viven con ella y cualquier persona que declaren en su declaración federal de impuestos incluso si no viven con ella. Ver la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si la PERSONA 4 no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar los miembros de su familia que viven con ella.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			2. ¿Relación con usted?		
3. Fecha de nac.: (mm/dd/aaaa)		4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		5. Número de seguridad social (SSN) ____ - ____ - ____ Solo requerido si solicita asistencia	

6. ¿La PERSONA 4 planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO? (Aun así puede solicitar seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).


SÍ. De ser afirmativa su respuesta, responda las preguntas a-c.  NO. De no ser afirmativa su respuesta, vaya a la pregunta c.


a. ¿La PERSONA 4 hará la presentación conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No  
De ser afirmativa su respuesta, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿La PERSONA 4 declarará algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No  
De ser afirmativa su respuesta, liste el/los nombre(s) del/de los dependiente(s): \_\_\_\_\_

c. ¿La PERSONA 4 será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No  
De ser afirmativa su respuesta, liste el nombre de quien presenta la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_  
¿Cómo está relacionada la PERSONA 4 con quien presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

7. ¿La PERSONA 4 necesita cobertura de salud?  
(Aun si tiene seguro, puede haber un programa con una mejor cobertura o con costos menores).

SÍ. De ser afirmativa su respuesta, responda todas las preguntas a continuación. 

NO. De ser negativa su respuesta, VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 10. Deje el resto de esta página en blanco. 

8. ¿Es la PERSONA 4 ciudadano estadounidense o ciudadano residente estadounidense?  Sí  No

9a. Si LA PERSONA 4 no es un ciudadano estadounidense o un ciudadano residente estadounidense, ¿tiene estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> SÍ. Complete su tipo de documento y su número de documento de identificación a continuación. a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de documento de identificación _____ c. Fecha de entrada en los EE.UU. _____ d. ¿Es la PERSONA 4, su cónyuge o padre/madre un veterano de guerra o miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9b. Si la PERSONA 4 no es un ciudadano estadounidense ni un ciudadano residente estadounidense, ¿ha tenido una emergencia médica en los últimos 3 meses o espera tener una emergencia médica en los siguientes 45/90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Fecha de emergencia _____ Nombre del proveedor _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL—marque todas las que apliquen)

Mexicano  Mexicano estadounidense  Portorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

11. Raza (OPCIONAL—marque todas las que apliquen)

Blanco o caucásico  Negro o afroamericano  Asiático  Nativo Hawaiano  Otras islas del Pacífico

Amerindio o nativo de Alaska. De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice B  Otro \_\_\_\_\_

12. ¿La PERSONA 4 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser negativa su respuesta, liste el domicilio: _____	13. ¿Es la PERSONA 4 residente de Carolina del Norte con la intención de permanecer en Carolina del Norte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14. ¿La PERSONA 4 está embarazada?  Sí  No De ser afirmativa su respuesta, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_

15. ¿La PERSONA 4 está solicitando Servicios de planificación familiar?  Sí  No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice D.

16. ¿La PERSONA 4 vive con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es la principal persona a cargo de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. ¿La PERSONA 4 estaba en cuidado de crianza en Carolina del Norte cuando cumplió 18? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18a. ¿La PERSONA 4 es discapacitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18b. ¿La PERSONA 4 tiene 65 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18c. ¿La PERSONA 4 es ciega? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

19. ¿La PERSONA 4 tiene alguna condición física, mental o emocional que cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.), vive en un centro médico, hogar de reposo y/o necesita servicios basados en el hogar y la comunidad (CAP)?  Sí  No

20. ¿La PERSONA 4 desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice E.

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

21. ¿La PERSONA 4 tuvo seguro durante un empleo y lo perdió durante los últimos 3 meses?  Sí  No

a. De ser afirmativa su respuesta, fecha de finalización: \_\_\_\_\_ b. Razón por la que el seguro terminó: \_\_\_\_\_

## PASO 2: PERSONA 4

### Trabajo actual e información sobre ingresos

Empleado

Si está actualmente empleado, háganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 22.

Empleado autónomo

Vaya a la pregunta 31.

No está empleado

Vaya a la pregunta 32.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

22. Nombre y dirección del empleador

23. Número de teléfono del empleador

( ) -

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

25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

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

26. Nombre y domicilio del empleador

27. Número de teléfono del empleador

( ) -

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

29. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

30. El año pasado, la PERSONA 4:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

31. Si es empleado autónomo, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuáles serán sus ingresos netos (ganancias una vez que se han pagado los gastos comerciales) de este empleo autónomo este mes?

\$ \_\_\_\_\_

32. OTROS INGRESOS DURANTE ESTE MES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

NOTA: No es necesario que la PERSONA 4 nos informe sobre manutención infantil, beneficios de veterano de guerra o ingresos suplementarios de seguridad (SSI). Si la PERSONA 4 solicita Medicaid para los adultos mayores, ciegos, discapacitados, cuidado a largo plazo o servicios en el hogar (CAP), complete el Apéndice F.

Ninguno

Desempleo

Pensiones

Seguridad social

Cuentas de jubilaciones

Pensión alimenticia recibida

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Agricultura/pesca neta

Renta/regalía neta

Otros ingresos

Tipo: \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

33. DEDUCCIONES: Marque todas las que apliquen, y brinde la cantidad y con qué frecuencia la obtiene.

Si la PERSONA 4 paga determinadas cosas que pueden ser deducidas de la declaración federal de impuestos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta a la pregunta sobre el trabajo autónomo neto (pregunta 29b).

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

34. INGRESOS ANUALES: Complete solo si los ingresos de la PERSONA 4 cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 4, agregue otra persona o vaya a la siguiente sección.



### ¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 4.

Si tiene más personas para incluir, haga una copia del Paso 2: PERSONA 2 (páginas 5 y 6) y completar para cada persona adicional.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

DMA-5200

## PASO 3

### Miembro(s) de la familia amerindio(s) o nativo(s) de Alaska

1. ¿Es usted o alguien para quien usted solicita asistencia un amerindio o nativo de Alaska?

De ser afirmativa su respuesta, complete el Apéndice B.

De ser negativa su respuesta, complete el Paso 4.

## PASO 4

### La cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

1. ¿Hay alguien inscrito en la cobertura de salud ahora de lo siguiente?

Sí.  NO.

De ser afirmativa su respuesta, marque el tipo de cobertura y escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) al lado de la cobertura que tienen.

Medicaid \_\_\_\_\_

North Carolina Health Choice/NCHC  
\_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (No marque si tiene Direct Care o Line of Duty)  
\_\_\_\_\_

Programas de atención médica de Asuntos de veteranos (VA)  
\_\_\_\_\_

Cuerpo de paz (Peace Corps) \_\_\_\_\_

Seguro del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_

¿Esto es cobertura COBRA?  Sí  No

¿Es este un plan de salud para jubilados?  Sí  No

Otro  
Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura: \_\_\_\_\_

2. ¿Hay alguien listado en esta solicitud a quien se le haya ofrecido cobertura de salud de un empleo? Marque sí incluso si la cobertura es del empleo de alguien más, como un padre/madre o cónyuge.

Sí. De ser afirmativa su respuesta, deberá completar e incluir el Apéndice A.

¿Es este un plan de beneficios para empleados del estado?  Sí  No

NO. De ser negativa su respuesta, continúe al Paso 5.

3. ¿Usted o alguien que solicite asistencia ha sufrido un accidente los últimos 12 meses?  Sí.  NO.

4. ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre/madre que viva fuera del hogar?  Sí.  NO.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.

## PASO 5

### Lea y firme esta solicitud.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he brindado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a penalidades según la ley federal si brindo información falsa o incorrecta.
- Sé que debo informar al Mercado y Medicaid/NCHC si algo en esta solicitud cambia. Puedo visitar [www.ncdhhs.gov/dss/local/](http://www.ncdhhs.gov/dss/local/) o llamar al 1-800-662-7030 para informar sobre cualquier cambio. Comprendo que cualquier cambio en mi información debe ser informado dentro de los 10 días calendarios y que podría afectar mi elegibilidad.
- Comprendo que bajo la ley federal, no se permite discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una reclamación por discriminación visitando <http://www.ncdhhs.gov/dma/epsdt/DueProcessRights050311.pdf>.
- Sé que cualquier información dada al Mercado o Medicaid/NCHC será protegida y mantenida de forma confidencial.
- Comprendo que la información en esta solicitud es necesaria para determinar la elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud y/o Medicaid/NCHC y que será verificada con las bases de datos electrónicas, el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Seguridad Social, el Departamento de Seguridad Nacional, las agencias de reportes de consumidores, las instituciones financieras y/u otras agencias gubernamentales.

#### Renovación de la cobertura en años siguientes

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para la cobertura de salud en años futuros, acepto permitir que el Mercado utilice mis datos de ingresos, incluida la información sobre las declaraciones impositivas. El Mercado me enviará una notificación, me permitirá realizar cambios y puedo darme de baja en cualquier momento.

Sí, renueven mi elegibilidad automáticamente para el siguiente periodo:

- 5 años (la cantidad máxima de años permitida)     4 años     3 años     2 años     1 año
- No utilice mi información de las declaraciones fiscales para renovar mi cobertura.

#### Elegibilidad para Medicaid/NCHC

- Comprendo que la fecha de la solicitud para Medicaid/NCHC es la fecha en que la recibe el Departamento de Servicios Sociales del condado.
- Comprendo que la cobertura de Medicaid puede ser solicitada por cualquier factura médica en la que se haya incurrido hasta tres meses antes del mes de solicitud.
- Comprendo que si me inscribo en Medicaid/NCHC, otorgo derechos a la agencia de Medicaid/NCHC para buscar y obtener dinero de cualquier otro seguro de salud, acuerdos legales u otras terceras partes. También otorgo derechos a la agencia de Medicaid/NCHC para buscar y obtener apoyo médico de un(a) padre/madre o cónyuge.
- Comprendo que se me puede solicitar cooperar con la agencia que cobra apoyo médico de un padre/una madre ausente. Si considero que cooperar para cobrar el apoyo médico puede perjudicarme a mí o a mis hijos, puedo informárselo a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Comprendo que si se me considera elegible para todos los beneficios de Medicaid, tengo el derecho de recibir asistencia con el transporte médico.
- Comprendo que las leyes federales y estatales requieren que la División de Asistencia Médica (DMA) presente una declaración contra el estado de ciertas personas para recuperar el monto pagado por el programa de Medicaid durante el tiempo que la persona recibió asistencia con ciertos servicios médicos.
- Comprendo que cualquier recurso que sea transferido de mi nombre a cualquier persona que solicite asistencia Medicaid sin recibir el valor justo del mercado puede provocar que yo no sea elegible para recibir asistencia para el costo del cuidado de un hogar de reposo y/o cuidado en el hogar.
- Comprendo que Carolina del Norte debe ser nombrado beneficiario para las anualidades compradas a partir del 1 de noviembre de 2007.

#### Mi derecho a apelar

Si considero que el Mercado de seguros médicos o Medicaid/NCHC ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa informar a alguien en el Mercado de seguros médicos o Medicaid/NCHC que creo que la acción es incorrecta y solicitar una revisión justa de la acción. Comprendo que puedo aprender cómo apelar contactándome con el Departamento de Servicios Sociales o llamando al 1-800-662-7030. Comprendo que me puede representar en el proceso alguien diferente a mí. Se me explicará mi elegibilidad así como otra información importante.

Firme esta solicitud. La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado puede firmar aquí, siempre que haya provisto la información requerida en el Apéndice C.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

## PASO 6

### Solicitud completa.

Lleve o envíe por correo postal su solicitud firmada al Departamento de Servicios Sociales de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>).



Si usted desea registrarse para votar, puede completar un formulario de votantes en <http://www.ncsbe.gov/>.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.