

Solicitud de Cobertura de Salud y Asistencia para el Pago de Costos

Utilice esta solicitud para identificar las opciones de cobertura para las que califica.

- Planes de seguros de salud privados asequibles que ofrecen cobertura amplia para mantener su salud.
- Nuevo crédito fiscal que de inmediato puede contribuir al pago de su prima de cobertura de salud.
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program (CHIP)).

Es posible que califique para un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4).

¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Puede presentar una solicitud aún si usted o su hijo ya cuentan con cobertura de salud. Puede ser elegible para una cobertura de menor costo o gratuita.
- Si usted es soltero, puede utilizar el formato corto. Visite www.wvpath.org
- Las familias de migrantes pueden presentar la solicitud. Puede solicitar para su hijo, aunque usted no sea elegible para recibir cobertura. La solicitud no afectará su estatus migratorio o su posibilidad para convertirse en residente permanente o en ciudadano.
- Si otra persona le ayuda a llenar la solicitud es posible que deba también llenar el Apéndice C.

Solicite más rápido en línea.

Solicite más rápido en línea en www.wvpath.org.

¿Qué necesita para presentar la solicitud?

- Números de Seguro Social (o número de documento para los migrantes legales que requieren seguro).
- Datos de su empleador e ingreso de todos los miembros de su familia (por ejemplo, comprobante de pago, formato W-2, declaraciones salariales o fiscales).
- Números de póliza de cualquier seguro de salud vigente.
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con su empleo disponible para su familia.

¿Por qué solicitamos esta información?

Le solicitamos información sobre su ingreso entre otros para informarle a qué cobertura califica y si puede recibir subsidio. **Toda su información se almacenará de manera privada y segura con base en los requisitos de la ley.**

¿Cuáles son los siguientes pasos?

Envíe su solicitud llena y firmada a su oficina local WV DHHR. Revise la página 18, Paso 5. **Si no cuenta con toda la información que solicitamos, de cualquier manera, firme y envíe su solicitud.** Lo contactaremos en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los pasos a seguir para completar su cobertura de salud.

Reciba asistencia relacionada con esta solicitud:

- **En línea:** www.wvpath.org
- **Por teléfono:** 1-877-716-1212
- **En persona:** Es posible que haya asesores en su área que puedan apoyarle. Visite nuestro sitio web o llame al 1-877-716-1212 para obtener más información.



PASO 1: Información personal.

(Un adulto de la familia debe ser la persona de contacto para esta solicitud.)

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellidos y Sufijo			
2. Dirección (deje en blanco si no tiene dirección)			3. Número de departamento o de unidad
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado
8. Dirección Postal (si es diferente de su dirección)			9. Departamento o número de unidad
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado
14. Teléfono () -		15. Otro teléfono () -	
16. ¿Desea obtener información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección de correo electrónico:			
17. Idioma hablado o escrito preferido (en caso de no ser inglés)			

¿Está solicitando cobertura de salud para algún menor de 19 años o persona embarazada?

Sí No

¿Usted o alguien en su casa necesita un alojamiento debido a una condición que le impediría completar el proceso de solicitud?

Sí No

PASO 2: Información familiar.

¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Proporcione información sobre los familiares que viven con usted. Si presenta impuestos, requerimos información sobre todas las personas incluidas en su declaración fiscal. (No es necesario que presente impuestos para obtener cobertura de salud.)

DEBE incluir:

- Usted
- Su cónyuge
- Hijos menores de 19 años que vivan con usted
- Su pareja que requiera cobertura aún sin estar casados.
- Cualquier persona incluida en su declaración fiscal, aunque no viva con usted
- Cualquier otro menor de 19 años bajo su cuidado que viva con usted

NO DEBE incluir:

- Su pareja, sin matrimonio, que no requiera cobertura de salud
- Los hijos de su pareja sin matrimonio
- Sus padres, que viven con usted, que presenten su propia declaración fiscal (si usted es mayor de 19 años)
- Otros familiares adultos que presenten su propia declaración fiscal

La cantidad de asistencia o el tipo de programa para el que califica dependen del número de miembros de su familia y su ingreso. Esta información nos ayuda a asegurarnos que todos obtengan la mejor cobertura.

Llene el Paso 2 para cada miembro de su familia. Comience con usted, después agregue a los demás adultos y menores. Si su familia tiene más de 2 miembros, debe sacar copias de las páginas y anexarlas. No requiere proporcionar estatus migratorio o Número de Seguro Social (SSN) para los familiares que no requieran cobertura. Toda su información se almacenará de manera privada y segura con base en los requisitos de ley. Su información personal se utilizará únicamente para verificar su elegibilidad para la cobertura de salud.

PASO 2: Persona 1 (Comience con su información)

Llene el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted y/o cualquier persona que incluya en su declaración fiscal, si la presenta. Vea la página 1 para obtener más información sobre las personas a incluir si no presenta declaración fiscal; recuerde que debe incluir a todos los miembros de su familia que vivan con usted.

1. Nombre, Segundo Nombre, Apellidos y Sufijo _____

2. **¿Requiere cobertura de salud?**
(Aunque tenga Seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo)
 SÍ. Si la respuesta es sí, responda las siguientes preguntas ↓ **NO. Si la respuesta es no, → SALTE a la sección de preguntas sobre ingreso en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.**

3. **¿Requiere apoyo para pagar sus gastos médicos de los últimos 3 meses?** Sí No

4. **Sexo:** Masculino Femenino

5. **Si su origen étnico es Hispano/Latino (OPCIONAL) – seleccione todos los que apliquen**
 Mexicano Mexicoamericano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

6. **Raza (OPCIONAL) – seleccione todos los que apliquen**

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska –De ser así, llene el Apéndice B	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indoasiático	<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 de Hawaii	<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____

7. **Número de Seguro Social (SSN)** _____
Necesitamos esta información si desea cobertura y tiene SSN. Aún si no desea cobertura de salud personal, proporcionar su SSN puede servir para acelerar el proceso de su solicitud. Utilizamos los SSNs para comprobar su ingreso y demás información para determinar su elegibilidad de cobertura de costos de salud. Si desea apoyo para obtener su SSN, puede llamar al 1-800-772-1213 o visitar el sitio socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

8. **Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)** _____

9. **¿Relación con usted? PERSONAL**

10. **¿Vive con al menos un menor de 19 años y usted es el principal responsable del menor?**
 Sí No

11. **¿Planea presentar su declaración fiscal el PRÓXIMO AÑO?**
(Puede solicitar seguro de salud aunque no presente declaración federal de impuestos.)
 SÍ. Si la respuesta es sí, responda las preguntas a – c. **NO. Si la respuesta es no, salte a la pregunta c.**

a. **¿Va a presentar la declaración con su cónyuge?** Sí No **Si la respuesta es** _____
sí, escriba el nombre de su cónyuge

b. **¿Va a declarar dependientes en su declaración fiscal?** Sí No
Si la respuesta es sí, escribe el nombre(s) de sus dependientes

c. **¿Alguna persona lo declarará como dependiente en su declaración fiscal?** Sí No
Si la respuesta es sí, escribe el nombre del contribuyente _____
¿Cuál es su relación con este contribuyente? _____

12. **¿Usted es ciudadano o nacionalizado estadounidense?** Sí
 No

13. **Si no es ciudadano o nacionalizado estadounidense, ¿Cuenta con estatus migratorio elegible?**
 SÍ. Escriba el tipo de documento y número de ID

a. Tipo de documento migratorio _____	b. Número ID del documento _____
c. ¿Ha vivido en Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿Su cónyuge, padres o usted son veteranos o miembros activos del Ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

14. **¿Estuvo en hogares temporales a los 18 años o más?** Sí No

15. **¿Ha tenido algún Periodo de Elegibilidad Presunta durante los últimos 12 meses?** Sí No **Si la respuesta es sí, cuál es su Número MAID temporal (se encuentra en su tarjeta):** _____

16. **¿Está embarazada?** Sí No **Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés espera en este embarazo?**
_____ **Fecha de diagnóstico:** _____ **Fecha esperada de parto:** _____

17. **¿Tiene alguna enfermedad física, mental o emocional que limite sus actividades (como bañarse, vestirse, actividades diarias, etc.) o vive en instalaciones médicas o asilo?**
 Sí No **Fecha de admisión, si aplic** _____

18. **¿Es estudiante de tiempo completo?** Sí No

PASO 2: Persona 1 (Continúe con información personal)

Información sobre su Empleo Actual e Ingreso

- Empleado** Si está empleado, reporte su ingreso. **Desempleado** **Trabajador Independiente** Salte a la pregunta 31.

19. El año pasado, ¿usted Cambió de empleo Dejó de trabajar Trabajó menos horas Ninguna de las anteriores?

20. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES** Seleccione todos los que correspondan y mencione la cantidad que recibe y con qué frecuencia. **NOTA:** No es necesario que reporte manutención infantil, pago de veteranos o Complemento del Ingreso (Supplemental Security Income (SSI)).

- Ninguno
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto agrícola/pesca \$ ____ ¿Con qué frecuencia? _
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto renta/regalías \$ ____ ¿Con qué frecuencia? _
- Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Otros ingresos \$ ____ ¿Con qué frecuencia? _
- Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Tipo: _____
- Pensión alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia?

EMPLEO ACTUAL 1:

21. Nombre del empleador y dirección _____ 22. Teléfono del empleador () - _____

23. Salario/propina (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Quincenal Mensual Anual \$ _____

24. Horas promedio de trabajo por SEMANA _____ 25. Fecha de inicio: _____

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y requiere más espacio, agregue otra página)

26. Nombre del empleador y dirección _____ 27. Teléfono del empleador () - _____

28. Salario/propina (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Quincenal Mensual Anual \$ _____

29. Horas promedio de trabajo SEMANAL _____ 30. Fecha de inicio: _____

31. Si usted es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____ b. ¿Cuál es el ingreso neto que obtiene mensualmente por su trabajo independiente? (utilidades después de pagar los gastos del negocio)?

\$ _____

32. **DEDUCCIONES** Seleccione todas las que correspondan; mencione la cantidad y la frecuencia de pago. Si realiza pagos deducibles en su declaración fiscal federal, mencionarlos puede reducir el costo de su cobertura de salud. **NOTA:** No debe incluir costos que ya consideró en la respuesta sobre sus ingresos netos por su trabajo independiente (pregunta 31b).

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones \$ ____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Interés sobre préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____

33. **SALARIO ANUAL:** Llene únicamente si su ingreso cambia mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, continúe con la siguiente persona. →

Su ingreso total este año \$ _____ Su ingreso total el próximo año (si piensa que será diferente) \$ _____

¡GRACIAS! Es toda la información que necesitamos sobre usted.

PASO 2: Persona 2

Llene el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted y/o para cualquier persona declarada en su declaración fiscal federal si la presenta. Revise la página 1 para obtener más información sobre a quién debe incluir. Si no presenta una declaración fiscal, recuerde agregar a los familiares que vivan con usted.

1.	Nombre, Segundo Nombre, Apellidos y Sufijo																				
2.	¿La PERSONA 2 requiere cobertura de salud? (Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menores costos.) <input type="checkbox"/> SÍ. Si la respuesta es sí, responda a todas las preguntas a continuación <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, → SALTE a las preguntas sobre ingreso en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.																				
3.	¿La PERSONA 2 requiere asistencia para pagar gastos médicos de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
4.	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																				
5.	Si su origen étnico es Hispano/Latino (OPCIONAL) – seleccione todas las que correspondan <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicanoamericano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro																				
6.	Raza (OPCIONAL) – seleccione todas las que correspondan <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Blanco</td><td><input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska – De ser así, llene el Apéndice B</td><td><input type="checkbox"/> Filipino</td><td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td><td><input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Afrodescendiente o afroamericano</td><td><input type="checkbox"/> Indoasiático</td><td><input type="checkbox"/> Japonés</td><td><input type="checkbox"/> Otro Asiático</td><td><input type="checkbox"/> Samoano</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Chino</td><td><input type="checkbox"/> Coreano</td><td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii</td><td><input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otro</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska – De ser así, llene el Apéndice B	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> Afrodescendiente o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indoasiático	<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 de Hawaii	<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico					<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska – De ser así, llene el Apéndice B	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro																	
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indoasiático	<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 de Hawaii	<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico																	
				<input type="checkbox"/> Otro																	
7.	Número de Seguro Social (SSN) _____ Requerimos esta información si desea cobertura de salud y tiene un SSN. Aunque no le interese la cobertura de salud para usted, proporcionar su SSN puede ser útil debido a que puede acelerar el proceso de su solicitud. Utilizamos los SSNs para verificar su ingreso y demás información y determinar si es elegible para recibir asistencia con los costos de la cobertura de salud. Si requiere asistencia para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800- 325-0778.																				
8.	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	9.	¿Cuál es su relación con usted?																		
10.	¿La PERSONA 2 vive al menos con un menor de 19 años y es el cuidador principal de dicho menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
11.	¿La PERSONA 2 planea presentar su declaración federal de impuestos el PRÓXIMO AÑO? (Puede solicitar seguro de salud aunque no presente su declaración fiscal federal.) <input type="checkbox"/> SÍ. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas a – c. <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, salte a la pregunta c. a. ¿Va a presentar su declaración con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba el nombre de su cónyuge _____ b. ¿Va a declarar dependientes en su declaración fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba el nombre(s) de sus dependientes _____ c. ¿Usted será declarado dependiente en la declaración fiscal de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba el nombre del contribuyente _____ ¿Cuál es su relación con el contribuyente? _____																				
12.	¿La PERSONA 2 es ciudadano o nacionalizado estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
13.	Si la PERSONA 2 no es ciudadano o nacionalizado estadounidense, ¿tiene estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí. Escriba el tipo de documento y número ID a. Tipo de documento migratorio _____ b. Número ID del Documento _____ c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Usted, su cónyuge o padre es veterano o miembro activo del Ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
14.	¿La PERSONA 2 estuvo en un hogar temporal a los 18 años o mayor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
15.	¿La PERSONA 2 tuvo un Período de Elegibilidad Presunta en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿Cuál es su número MAID temporal (se encuentra en su tarjeta): _____																				
16.	¿La PERSONA 2 está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés espera en este embarazo? Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de parto esperada: _____																				
17.	¿La PERSONA 2 tiene un estado de salud física, mental o emocional que limite sus actividades (bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en una institución médica o asilo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de admisión, si aplica: _____																				
18.	¿La PERSONA 2 es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				

En la siguiente página reporte los ingresos de la PERSONA 2 →

PASO 2: Persona 2 (Continuación)

Información sobre su Empleo Actual e Ingreso

- Empleado** Si está empleado, reporte su ingreso.
 Desempleado
 Trabajador Independiente Salte a la pregunta 31.

19. **El año pasado, ¿usted** Cambió de empleo Dejó de trabajar Trabajó menos horas Ninguna de las anteriores?

20. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES** Seleccione todos los que correspondan y mencione la cantidad que recibe y con qué frecuencia.

NOTA: No es necesario que reporte manutención infantil, pago de veteranos o Complemento del Ingreso (Supplemental Security Income (SSI)).

- Ninguno
 Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto agricultura/pesca \$ ____ ¿Con qué frecuencia? _
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto renta/regalías \$ ____ ¿Con qué frecuencia? _
- Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Otros ingresos \$ ____ ¿Con qué frecuencia? _
- Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Tipo: _____
- Pensión alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia?

EMPLEO ACTUAL 1:

- | | |
|--|---|
| 21. Nombre del empleador y dirección | 22. Teléfono del empleador
() - |
| 23. Salario/propina (antes de impuestos) | <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Quincenal
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ |
| 24. Horas promedio de trabajo por SEMANA | 25. Fecha de inicio: |

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y requiere más espacio, agregue otra página)

- | | |
|--|---|
| 26. Nombre del empleador y dirección | 27. Teléfono del empleador
() - |
| 28. Salario/propina (antes de impuestos) | <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Quincenal
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ |
| 29. Horas promedio de trabajo SEMANAL | 30. Fecha de inicio: |

31. Si usted es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

- a. Tipo de trabajo
- b. ¿Cuál es el ingreso neto que obtiene mensualmente por su trabajo independiente? (utilidades después de pagar los gastos del negocio)?

\$ _____

32. **DEDUCCIONES** Seleccione todas las que correspondan; mencione la cantidad y la frecuencia de pago. Si realiza pagos deducibles en su declaración fiscal federal, mencionarlos puede reducir el costo de su cobertura de salud.

NOTA: No debe incluir costos que ya consideró en la respuesta sobre sus ingresos netos por su trabajo independiente (pregunta 31b).

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones \$ ____ ¿Con qué frecuencia? ____
- Interés sobre préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____

33. **SALARIO ANUAL:** Llene únicamente si su ingreso cambia mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, continúe con la siguiente persona. →

Su ingreso total este año	Su ingreso total el próximo año (si piensa que será diferente)
\$ _____	\$ _____

¡GRACIAS! Es toda la información que necesitamos sobre la PERSONA 2.

PASO 2: Persona 3 (Continuación)

Información sobre su Empleo Actual e Ingreso

- Empleado** Si está empleado, reporte su ingreso.
 Desempleado
 Trabajador Independiente Salte a la pregunta 31.

1 El año pasado, ¿usted Cambió de empleo Dejó de trabajar Trabajó menos horas

9. Ninguna de las anteriores?

2 **OTROS INGRESOS DE ESTE MES** Seleccione todos los que correspondan y mencione la cantidad que recibe y con qué frecuencia.

0. **NOTA:** No es necesario que reporte manutención infantil, pago de veteranos o Complemento del Ingreso (Supplemental Security Income (SSI)).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto agrícola/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto renta/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Tipo: _____

Pensión alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

EMPLEO ACTUAL 1:

21. Nombre del empleador y dirección

22. Teléfono del empleador

() -

23. Salario/propina (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Quincenal

Mensual Anual

\$ _____

24. Horas promedio de trabajo por SEMANA

25. Fecha de inicio:

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y requiere más espacio, agregue otra página)

26. Nombre del empleador y dirección

27. Teléfono del empleador

() -

28. Salario/propina (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Quincenal

Mensual Anual

\$ _____

29. Horas promedio de trabajo SEMANAL

30. Fecha de inicio:

31. Si usted es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuál es el ingreso neto que obtiene mensualmente por su trabajo independiente? (utilidades después de pagar los gastos del negocio)?

\$ _____

32. **DEDUCCIONES** Seleccione todas las que correspondan; mencione la cantidad y la frecuencia de pago. Si realiza pagos deducibles en su declaración fiscal federal, mencionarlos puede reducir el costo de su cobertura de salud.

NOTA: No debe incluir costos que ya consideró en la respuesta sobre sus ingresos netos por su trabajo independiente (pregunta 31b).

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

Interés sobre préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____

33. **SALARIO ANUAL:** Llene únicamente si su ingreso cambia mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, continúe con la siguiente persona. →

Su ingreso total este año

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

\$ _____

\$ _____

¡GRACIAS! Es toda la información que necesitamos sobre la PERSONA 3.

PASO 2: Persona 4 (Continuación)

Información sobre su Empleo Actual e Ingreso

- Empleado** Si está empleado, reporte su ingreso.
 Desempleado
 Trabajador Independiente Salte a la pregunta 31.

19. El año pasado, ¿usted Cambió de empleo Dejó de trabajar Trabajó menos horas Ninguna de las anteriores?

20. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES** Seleccione todos los que correspondan y mencione la cantidad que recibe y con qué frecuencia.

NOTA: No es necesario que reporte manutención infantil, pago de veteranos o Complemento del Ingreso (Supplemental Security Income (SSI)).

- Ninguno
- | | | | | | |
|--|----------|----------------------|---|---------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Neto agricultura/pesca | \$ ____ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Pensiones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Neto renta/regalías | \$ ____ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Otros ingresos | \$ ____ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? | Tipo: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? | | | |

EMPLEO ACTUAL 1:

21. Nombre del empleador y dirección

22. Teléfono del empleador

() -

23. Salario/propina (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Quincenal

Mensual Anual

\$ _____

24. Horas promedio de trabajo por SEMANA

25. Fecha de inicio:

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y requiere más espacio, agregue otra página)

26. Nombre del empleador y dirección

27. Teléfono del empleador

() -

28. Salario/propina (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Quincenal

Mensual Anual

\$ _____

29. Horas promedio de trabajo SEMANAL

30. Fecha de inicio:

31. Si usted es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuál es el ingreso neto que obtiene mensualmente por su trabajo independiente? (utilidades después de pagar los gastos del negocio)?

\$ _____

32. **DEDUCCIONES** Seleccione todas las que correspondan; mencione la cantidad y la frecuencia de pago. Si realiza pagos deducibles en su declaración fiscal federal, mencionarlos puede reducir el costo de su cobertura de salud.

NOTA: No debe incluir costos que ya consideró en la respuesta sobre sus ingresos netos por su trabajo independiente (pregunta 31b).

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

Interés sobre préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____

33. **SALARIO ANUAL:** Llène únicamente si su ingreso cambia mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, continúe con la siguiente persona. →

Su ingreso total este año

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

\$ _____

\$ _____

¡GRACIAS! Es toda la información que necesitamos sobre la PERSONA 4.

PASO 2: Persona 5

Llene el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted y/o para cualquier persona declarada en su declaración fiscal federal si la presenta. Revise la página 1 para obtener más información sobre a quién debe incluir. Si no presenta una declaración fiscal, recuerde agregar a los familiares que vivan con usted.

1.	Nombre, Segundo Nombre, Apellidos y Sufijo																				
2.	¿La PERSONA 5 requiere cobertura de salud? (Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menores costos.) <input type="checkbox"/> SÍ. Si la respuesta es sí, responda a todas las preguntas a continuación <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, → SALTE a las preguntas sobre ingreso en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.																				
3.	¿La PERSONA 5 requiere asistencia para pagar gastos médicos de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
4.	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																				
5.	Si su origen étnico es Hispano/Latino (OPCIONAL) – seleccione todas las que correspondan <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicoamericano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro																				
6.	Raza (OPCIONAL) – seleccione todas las que correspondan <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Blanco</td><td><input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska – De ser así, llene el Apéndice B</td><td><input type="checkbox"/> Filipino</td><td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td><td><input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Afrodescendiente o afroamericano</td><td><input type="checkbox"/> Indoasiático</td><td><input type="checkbox"/> Japonés</td><td><input type="checkbox"/> Otro Asiático</td><td><input type="checkbox"/> Samoano</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Chino</td><td><input type="checkbox"/> Coreano</td><td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii</td><td><input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Otro</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska – De ser así, llene el Apéndice B	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> Afrodescendiente o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indoasiático	<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 de Hawaii	<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico					<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska – De ser así, llene el Apéndice B	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro																	
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indoasiático	<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 de Hawaii	<input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico																	
				<input type="checkbox"/> Otro																	
7.	Número de Seguro Social (SSN) _____ Requerimos esta información si desea cobertura de salud y tiene un SSN. Aunque no le interese la cobertura de salud para usted, proporcionar su SSN puede ser útil debido a que puede acelerar el proceso de su solicitud. Utilizamos los SSNs para verificar su ingreso y demás información y determinar si es elegible para recibir asistencia con los costos de la cobertura de salud. Si requiere asistencia para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.																				
8.	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	9.	¿Cuál es su relación con usted?																		
10.	¿La PERSONA 5 vive al menos con un menor de 19 años y es el cuidador principal de dicho menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
11.	¿La PERSONA 5 planea presentar su declaración federal de impuestos el PRÓXIMO AÑO? (Puede solicitar seguro de salud aunque no presente su declaración fiscal federal.) <input type="checkbox"/> SÍ. Si la respuesta es sí, responda a las preguntas a – c. <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, salte a la pregunta c. a. ¿Va a presentar su declaración con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba el nombre de su cónyuge _____ b. ¿Va a declarar dependientes en su declaración fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba el nombre(s) de sus dependientes _____ c. ¿Usted será declarado dependiente en la declaración fiscal de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, escriba el nombre del contribuyente _____ ¿Cuál es su relación con el contribuyente? _____																				
12.	¿La PERSONA 5 es ciudadano o nacionalizado estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
13.	Si la PERSONA 5 no es ciudadano o nacionalizado estadounidense, ¿tiene estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí. Escriba el tipo de documento y número ID a. Tipo de documento migratorio _____ b. Número ID del Documento _____ c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Usted, su cónyuge o padre es veterano o miembro activo del Ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
14.	¿La PERSONA 5 estuvo en un hogar temporal a los 18 años o mayor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				
15.	¿La PERSONA 5 tuvo un Periodo de Elegibilidad Presunta en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿Cuál es su número MAID temporal (se encuentra en su tarjeta): _____																				
16.	¿La PERSONA 5 está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____ Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de parto esperada: _____																				
17.	¿La PERSONA 5 tiene un estado de salud física, mental o emocional que limite sus actividades (bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en una institución médica o asilo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de admisión, si aplica: _____																				
18.	¿La PERSONA 5 es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																				

En la siguiente página reporte los ingresos de la PERSONA 5 →

PASO 2: Persona 5 (Continuación)

Información sobre su Empleo Actual e Ingreso

- Empleado** Si está empleado, reporte su ingreso.
 Desempleado
 Trabajador Independiente Salte a la pregunta 31.

19. El año pasado, ¿usted Cambió de empleo Dejó de trabajar Trabajó menos horas Ninguna de las anteriores?

20. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES** Seleccione todos los que correspondan y mencione la cantidad que recibe y con qué frecuencia.

NOTA: No es necesario que reporte manutención infantil, pago de veteranos o Complemento del Ingreso (Supplemental Security Income (SSI)).

- Ninguno
 Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto agrícola/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Neto renta/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____
 Pensión alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

EMPLEO ACTUAL 1:

- | | |
|--|---|
| 21. Nombre del empleador y dirección | 22. Teléfono del empleador
() - |
| 23. Salario/propina (antes de impuestos) | <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Quincenal
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ |
| 24. Horas promedio de trabajo por SEMANA | 25. Fecha de inicio: |

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y requiere más espacio, agregue otra página)

- | | |
|--|---|
| 26. Nombre del empleador y dirección | 27. Teléfono del empleador
() - |
| 28. Salario/propina (antes de impuestos) | <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Quincenal
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____ |
| 29. Horas promedio de trabajo SEMANAL | 30. Fecha de inicio: |

31. Si usted es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuál es el ingreso neto que obtiene mensualmente por su trabajo independiente? (utilidades después de pagar los gastos del negocio)?

\$ _____

32. **DEDUCCIONES** Seleccione todas las que correspondan; mencione la cantidad y la frecuencia de pago. Si realiza pagos deducibles en su declaración fiscal federal, mencionarlos puede reducir el costo de su cobertura de salud.

NOTA: No debe incluir costos que ya consideró en la respuesta sobre sus ingresos netos por su trabajo independiente (pregunta 31b).

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
 Interés sobre préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____

33. **SALARIO ANUAL:** Llene únicamente si su ingreso cambia mes a mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, continúe con la siguiente persona. →

Su ingreso total este año	Su ingreso total el próximo año (si piensa que será diferente)
\$ _____	\$ _____

¡GRACIAS! Es toda la información que necesitamos sobre la PERSONA 5. Si debe incluir a más de cinco personas, saque una copia y llene la sección Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5).

PASO 3: Cobertura de Salud Familiar.

Responda a las siguientes preguntas para todas las personas que requieran cobertura de salud.

1. ¿Algún miembro de su familia cuenta con alguna de las siguientes coberturas de salud?

Sí. Si la respuesta es sí, seleccione el tipo de cobertura y escribe el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura correspondiente.

No

Medicaid _____

CHIP _____

Medicare _____

TRICARE (No lo seleccione si cuenta con direct care o Line of Duty)

Programas de salud de VA (VA health care programs)

Peace Corps

Seguro de Empleador _____

Nombre del seguro de salud _____

Número de Póliza _____

¿Cuenta con cobertura COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud para jubilados? Sí No

Otro _____

Nombre del seguro de salud _____

Número de Póliza _____

¿Es un plan de prestaciones limitadas (como una póliza escolar para accidentes)?

Sí No

2. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud cuenta con cobertura de salud por su empleo?

Seleccione sí aún si la cobertura es por el trabajo de otra persona, como su pareja o cónyuge.

Sí. Si la respuesta es sí, deberá llenar e incluir el Apéndice A. ¿Es

un plan estatal de prestaciones para empleados? Sí No

NO. Si la respuesta es no, siga con el Paso 4.

PASO 4: Lea los Derechos y Responsabilidades y Firme la Solicitud.

Derechos y Responsabilidades

Sí No 1) **Comprendo** que como beneficiario de Medicaid, puedo solicitar los servicios ofrecidos por Bureau for Child Support Enforcement (BCSE), incluyendo asistencia médica. Los servicios proporcionados por BCSE no tienen costo para mí.

Sí No 2) **Comprendo** que puedo recibir asistencia médica para mi(s) hijo(s), incluyendo Monitoreo Periódico Temprano, Diagnóstico y Tratamiento (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT)).

Sí No 3) **Comprendo** que si mi ingreso se encuentra por encima de los límites de Medicaid, puedo ser elegible para recibir una tarjeta médica si incurro en demasiados gastos médicos. **Adicionalmente, comprendo** que mi Trabajador me notificará la cantidad de gastos médicos a presentar y a partir de la fecha de solicitud cuento con 30 días para presentar los recibos. Los recibos pueden estar pagados o no pagados, ser míos, de mi esposo/a o menores dependientes que vivan conmigo. Mi Trabajador me explicará cuáles recibos no se pueden incluir y el motivo.

Sí No 4) **Comprendo** que puede haber un periodo de no elegibilidad para la atención de largo plazo de Medicaid si el solicitante o su cónyuge fueron transferidos en un periodo de sesenta (60) meses previos a la fecha de la solicitud. Esto incluye transferencias de ciertos fideicomisos.

Sí No 5) **Comprendo** que debo informar al Estado todos los intereses que mi cónyuge o yo tengamos anualmente. Comprendo que el Estado puede ser nombrado beneficiario del remanente o como el segundo beneficiario remanente,

Continúa en la siguiente página

tras un cónyuge, menor o menor discapacitado, al menos por una cantidad equivalente a la cantidad de prestaciones de Medicaid proporcionadas. El incumplimiento de estos requisitos puede considerarse una transferencia de recursos por un valor justo de mercado menor y puede resultar en inelegibilidad de los servicios de atención de largo plazo de Medicaid.

Sí No

6) **Comprendo** que la ley federal y la ley de West Virginia requieren la recuperación de los pagos de Medicaid realizados después del 9 de junio de 1995 por los servicios de enfermería, atención en el hogar o servicios comunitarios, así como los pagos por servicios hospitalarios y de medicamentos realizados a personas mayores de 55 años de edad al momento del pago. Estas leyes también requieren la recuperación de Medicaid pagado por servicios de enfermería, atención en instalaciones de cuidados intermedios para personas con discapacidad mental o en otras instituciones médicas cuando se determinaba que la persona debía permanecer internada permanentemente.

El estado no impondrá gravamen ni diferirá la recuperación del estado cuando:

- La persona califique para Medicaid bajo las disposiciones de expansión para adultos de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act); o
- La persona tenga a su cónyuge superviviente viviendo en casa; o
- La persona tenga a un menor de 21 años superviviente viviendo en casa; o
- La persona tenga a un menor que cumpla con la definición del Seguro Social sobre ceguera, discapacidad permanente o total viviendo en casa; o
- Un hermano de la persona tenga una participación patrimonial en la casa y ha vivido en el hogar durante al menos un año antes de la fecha de admisión individual en una institución médica.

La cantidad de la recuperación es la cantidad que Medicaid paga por los servicios médicos de dicha persona.

Una vez que se ha presentado una prueba de reclamo contra el estado, los herederos afectados por la Recuperación de Propiedad pueden solicitar una exoneración de pago por dificultades económicas

La Recuperación de Propiedad no es un requisito para recibir Medicaid o pago por los servicios.

Sí No

7) **Comprendo** que si estoy en un asilo debo notificar a la oficina de DHHR dentro de **10 días** si:

- A) Me dan de alta del asilo o instalaciones de cuidados intermedios para transferirme a otro sitio o para volver a casa.
- B) Hay cambios en el ingreso bruto recibido o no recibido de mi cónyuge o hijos dependientes que vivan con mi cónyuge.
- C) Hay cambios en mis activos o en los de mi cónyuge, incluyendo recibir, vender, comprar o ceder activos.

Comprendo que no proporcionar esta información puede derivar en una penalización o en el cierre del caso.

Sí No

8) **Comprendo** que toda la información proporcionada se encuentra sujeta a verificación por parte de un representante de DHHR.

- Sí No 9) **Comprendo** que proporcionar mi Número de Seguro Social (SSN) a DHHR es obligatorio y lo requiere la ley federal. El único propósito del SSN es la administración de Medicaid y/o de los programas WV WORKS o SNAP, y el SSN no se compartirá ni se utilizará con otro propósito. **Comprendo** que solo se requiere el SSN de las personas que solicitan y/o reciben prestaciones y no el de nadie más.
- Sí No 10) **Comprendo** que para todos los programas, todas las personas incluidas en la prestación deben proporcionar su Número de Seguro Social (SSN). El SSN se utilizará para comprobar la identidad de los miembros del hogar, prevenir la participación duplicada y para realizar cambios masivos. También se utilizará para identificar programas, revisiones o auditorías de programas por computadora para asegurar la elegibilidad del hogar. El fraude descubierto puede derivar en acciones penales, civiles o administrativas contra la persona que cometió el fraude.
- Sí No 11) **Por medio del presente autorizo** que me refieran a la oficina de Administración del Seguro Social para que me proporcionen un Número de Seguro Social (Social Security Number (SSN)) y que mi SSN se utilice únicamente con el propósito descrito previamente.
- Sí No 12) **Comprendo** que DHHR puede obtener información sobre mi ingreso y elegibilidad de las siguientes instituciones: Administración del Seguro Social (Social Security Administration), Tesorería (Internal Revenue Service), (Departamento de Seguridad Nacional) Department of Homeland Security), agencias de reportes de consumidores, Departamento de Vehículos Motores (Department of Motor Vehicles), Administración de Veteranos (Veteran's Administration), Proveedores de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Carriers), Oficina de Programas de Empleo (Bureau of Employment Programs), Oficina de Ejecución de Manutención Infantil (Bureau for Child Support Enforcement), Oficina de Salud Pública (Bureau for Public Health) – División de Estadísticas Vitales y Oficina de Salud Materna, Infantil y Familiar (Division of Vital Statistics and Office of Maternal, Child and Family Health), Oficina del Inspector General (Office of Inspector General), Oficina de Servicios Médicos (Bureau for Medical Services), División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services) y el Servicio de Migración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service) para cada miembro de mi grupo. Esta información se obtendrá mediante el Número de Seguro Social de cada miembro de la familia.
- Sí No 13) **Comprendo** que cooperar con el Revisor de Control de Calidad (Quality Control Reviewer) es un requisito de elegibilidad al revisar mis prestaciones. Esto puede requerir que el Revisor visite el hogar para incluir verificación adicional sobre mi situación, pero también comprendo que no estoy obligado a permitir la entrada del Revisor de Control de Calidad a mi hogar.
- Sí No 14) **Comprendo** que si lo solicito puedo recibir información y me pueden referir a los Servicios de Planificación Familiar (Family Planning Services).
- Sí No 15) **Comprendo** que si lo solicito puedo recibir información y me pueden referir a los Servicios de Violencia Doméstica (Domestic Violence Services).
- Sí No 16) **Acepto** notificar a DHHR sobre los siguientes cambios dentro de **10 días** si:
 - A) Nos mudamos y/o cambiamos nuestra dirección, nombre o teléfono;
 - B) Alguna persona consigue/pierde el empleo;
 - C) Se modifica la cantidad o fuente de ingresos no salariales del hogar;
 - D) Se modifica la cantidad o fuente de ingresos salariales o del número de horas trabajadas;
 - E) Alguna persona se muda (llegada/salida) del hogar;

Continúa en la siguiente página

F) Hay cambios en los activos de mi hogar, incluyendo recibir, vender, comprar o perder un vehículo, considerando también vehículos recreativos y equipo;

G) Alguna persona del hogar recibe el pago de una suma global porque puede afectar nuestra elegibilidad de prestaciones continuas y se espera que pueda subsistir con dicho ingreso durante cierto periodo de tiempo.

Comprendo que el no proporcionar esta información puede derivar en una penalización o sanción.

Sí No

17) **Comprendo** que si no estoy satisfecho con alguna de las acciones tomadas en mi caso o si considero que me han tratado de manera injusta debido a mi raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, edad, discapacidad, creencias políticas o represalia, puedo solicitar una audiencia justa oral o por escrito. Comprendo que cualquier persona puede asistir a la audiencia, pero si quiero que un abogado participe, el Departamento no pagará los honorarios del abogado. También puedo llenar el formato de queja de derechos civiles, IG-CR-3 en la oficina local de DHHR.

Sí No

18) **Comprendo** que las citas/reuniones con mi Trabajador pueden incluir visitas programadas/no programadas al hogar, pero **también comprendo** que no es obligatorio que autorice la entrada del Trabajador de DHHR a mi hogar.

Sí No

19) **Comprendo** que puedo calificar para solicitar el servicio de telefonía de bajo costo llamado America y Tel-Assistance/Lifeline que ofrezca la compañía telefónica en mi área. Autorizo a DHHR a compartir información con la compañía telefónica sobre mi elegibilidad para recibir este servicio. Si se pierde mi elegibilidad para los servicios de DHHR, comprendo que DHHR notificará a la compañía telefónica.

Sí No

20) **Autorizo** a DHHR a referir a mi familia a cualquier agencia para recibir los servicios necesarios.

Sí No

21) **Autorizo** específicamente al Departamento de Tributación e Ingresos de West Virginia (West Virginia State Tax and Revenue Department) y al Departamento de Tesorería (Internal Revenue Service) a compartir con DHHR toda mi información sobre declaraciones fiscales personales y/o empresariales para cualquier año fiscal en que reciba prestaciones y que requieran las regulaciones federales y/o política de DHHR. Lo anterior incluye solicitar estatus, dependientes, dirección, ingreso, deducciones y cualquier otra información pertinente solicitada por DHHR.

Sí No

22) **Autorizo** a DHHR a proporcionar información contenida en mi expediente de caso confidencial, sobre mí, cualquier miembro de mi familia o asistencia grupal, a las siguientes instituciones: Servicios de Migración y Naturalización (Immigration and Naturalization Services), Administración de Seguridad Social (Social Security Administration), Oficina de Ejecución de Manutención Infantil (Bureau for Child Support Enforcement), Oficina de Servicios Médicos (Bureau for Medical Services), Oficina de Salud Pública (Bureau for Public Health), División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services), o cualquier otro Departamento/Agencia/Organización Estatal o Federal con el fin principal de brindarme acceso a los servicios y prestaciones que dichos Departamentos/Agencias/Organizaciones ofrezcan para permitir la coordinación y evitar la duplicación de servicios.

- Sí No 23) **Comprendo** que DHHR no discrimina con base en la imposibilidad de admisión o acceso a sus programas u operaciones, servicios o actividades. Esta notificación está disponible en letra grande, audio o en Braille en cualquier oficina de DHHR. Esta Notificación se proporciona con base en el Título II de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990. Si tengo dudas o quejas o si quiero descubrir si tengo una discapacidad, puedo contactar al Coordinador Estatal de ADA en:

Bureau for Children and Families ADA Coordinator
350 Capitol Street
Room 730
Charleston, WV 25305
(304) 558-0628

Lunes a Viernes, 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

- Sí No 24) **Concedo autorización** para que las siguientes entidades compartan cualquier información con ADR cuando dicha información esté relacionada con mi elegibilidad para asistencia. **Comprendo** que solo se solicitará la información requerida por las regulaciones federales y/o la política DHHR y que únicamente se utilizará para determinar o reevaluar mi elegibilidad para recibir asistencia o el nivel de asistencia recibida. Las entidades que pueden compartir mi información incluyen a cualquier institución financiera, agencia o departamento de gobierno, arrendador, autoridades privadas y públicas, médicos incluyendo psiquiatras, psicólogos o demás instalaciones de prueba de medicamentos, hospitales incluyendo hospitales psiquiátricos, relaciones laborales/empleadores, servicios de prueba de VIH/SIDA, otras personas con información relacionada. Esta autorización permite que las escuelas proporcionen información incluyendo, pero no limitada a, inscripciones, asistencia, dirección, cuidador y toda la información relacionada con asistencia pública recibida para mis hijos bajo mi cuidado y custodia.

- Sí No 25) **Comprendo** que es posible que deba pagar alguna prestación que me haya sido otorgada o que haya sido otorgada a mi nombre para la cual no haya sido elegible debido a errores no intencionales de mi parte o de DHHR. **También comprendo** que si proporciono información incorrecta o falsa o si no reporto los cambios que debo reportar, es posible que mi grupo deba devolver la cantidad pagada por prestaciones recibidas y me pueden procesar por fraude. Adicionalmente, comprendo que todos los adultos de mi grupo de asistencia tienen la misma responsabilidad individual de devolución de pago por asistencia. **Comprendo también** que cualquier persona que obtenga o intente obtener prestaciones de DHHR mediante una declaración intencional falsa, tergiversación o robo de identidad o que incurra en cualquier otro tipo de fraude puede ser procesado por fraude. La penalización por sentencia puede ser una multa de hasta \$10,000 y/o prisión por 10 años en una prisión estatal.

- Sí No 26) **Comprendo** que al aceptar Medicaid bajo cualquier categoría, acepto devolver al Estado cualquier cantidad de dinero que cualquier persona enlistada en esta solicitud haya recibido por parte de una aseguradora como pago de facturas médicas y/o hospitalarias por las cuales el Programa Medicaid haya realizado o vaya a realizar algún pago. Adicionalmente, **acepto** que todos los pagos médicos o asistencia médica pagada o que se me adeude tras una orden de la corte o a cualquier persona incluida en esta solicitud debe enviarse al Estado para que realice el pago de los gastos médicos pasados o actuales pagados por el Estado. Esto incluye pagos de seguro por accidente. Adicionalmente acepto notificar a la oficina de DHHR si yo o alguna persona de enlistada en esta solicitud estamos involucrados en un accidente. **Comprendo** que la asignación de fondos continuará mientras yo o cualquier persona enlistada reciba Medicaid.

Sí No 27) **Comprendo** que como requisito para elegibilidad debo cooperar con DHHR y con cualquier proveedor de servicios médicos en la búsqueda de cualquier recurso disponible para cubrir los gastos médicos de cualquier receptor de Medicaid. **Acepto** asignar las prestaciones de DHHR disponibles para cualquier receptor de Medicaid por parte de cualquier tercero como resultado de una lesión, accidente o enfermedad. **Comprendo** que la cantidad que se debe pagar a DHHR nunca excederá la cantidad de responsabilidad de Medicaid. **Autorizo el pago** directo de cualquier recurso de dichos terceros a DHHR. Si dicho tercero responsable me paga directamente, acepto reembolsar a DHHR la cantidad que no exceda la responsabilidad de Medicaid. **Comprendo** que este reembolso de pago se debe realizar incluso si mi elegibilidad para Medicaid cambió antes de que yo recibiera dicho dinero. **Adicionalmente, autorizo** que se comparta información médica o cualquier tipo de información relacionada con seguros médicos con DHHR y también autorizo compartir todo tipo de información sobre seguros médicos con el proveedor médico con fines de cobranza e intercambio de información de pagos médicos con abogados y/o aseguradoras con fines de resolución de reclamos de terceros.

Sí No 28) **Comprendo** que algunos adultos receptores de Medicaid identificados en esta solicitud con trastornos de consumo crónico de sustancias, enfermedades médicas graves y complejas, o con trastornos físicos, de comportamiento, intelectuales o de Desarrollo que requieran asistencia tendrán la opción de elegir la prestación que mejor se adapte a sus necesidades de salud. Medicaid de West Virginia proporcionará información adicional sobre la selección del paquete de prestaciones con su notificación de elegibilidad en el teléfono 1-877-716-1212.

Sí No 29) **Certifico** que he leído o me han leído todas declaraciones de este formato y las comprendo. Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta y acepto la responsabilidad que conlleva.

- Firmo esta solicitud con conocimiento de la pena por perjurio, lo que implica que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formato. Estoy consciente de las penalizaciones a las que estaría sujeto bajo la ley federal si proporciono información falsa e incorrecta.
- Estoy consciente de que debo informar a mi oficina local sobre cualquier cambio (información diferente) en los datos reportados en esta solicitud. Puedo visitar www.WVPATH.org o llamar al teléfono 1-877-716-1212 para reportar cambios. Comprendo que cualquier cambio en mi información puede afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Con base en la ley federal, no se permite la discriminación por raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en el sitio www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que ninguna de las personas que solicitan cobertura de salud en esta solicitud están encarceladas (detenidas o en prisión), o confirmo que (nombre de la persona) está encarcelado/a.

Esta información es necesaria para determinar su elegibilidad para cubrir los costos de salud, si desea solicitarlos. Su información se corroborará en bases de datos electrónicas y en bases de datos del Departamento de Tesorería (Internal Revenue Service (IRS)), Seguro Social (Social Security), Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security), y/o agencia de reportes de consumidores. Le podemos solicitar comprobantes si la información no concuerda.

Renovación de cobertura en el futuro.

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para el pago de cobertura de salud en el futuro, autorizo a la oficina local a que utilice datos de ingreso, incluyendo información de declaraciones fiscales. La oficina local me enviará una notificación, me permitirá realizar cambios y puedo salir en cualquier momento.

Sí, autorizo la renovación automática de mi elegibilidad para los próximos:

- 5 años (cantidad de años máximos permitida), o durante menos años:
- 4 años 3 años 2 años 1 año No utilizar la información de mis devoluciones fiscales para renovar mi cobertura.

Si alguna de las personas de esta solicitud es elegible para Medicaid:

- Permitimos que la agencia Medicaid tenga derecho a cobrar y recibir dinero de otro seguro de salud, acuerdo legal o terceros. También otorgo derecho a la agencia Medicaid a buscar y obtener asistencia médica de un cónyuge o padre.
- ¿Alguno de los menores de esta solicitud tiene a un padre que no viva en el hogar? Sí No
- Si la respuesta es sí, acepto cooperar con la agencia para obtener asistencia médica de un padre ausente. Si considero que cooperar para la obtención de asistencia médica puede afectarme a mí o a mis hijos, puedo indicar a Medicaid que no tengo la intención de cooperar.

Mi derecho a apelar.

Si considero que Health Insurance Marketplace o el Programa Medicaid/Children's Health Insurance Program (CHIP) han cometido algún error, puedo apelar su decisión. Apelar significa indicarle a un empleado Health Insurance Marketplace o de Medicaid/CHIP que considera que hubo un error y que solicita una revisión justa de la acción. Puedo obtener información sobre el procedimiento de apelación con Marketplace en el teléfono 1- 800-318-2596 o en mi oficina local. Tengo el derecho a obtener un representante para este proceso. Me explicarán mi elegibilidad y demás información relevante.

Firme esta solicitud. La persona que llenó el Paso debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado puede firmar aquí, siempre y cuando proporcione la información requerida en el Apéndice C.

Firma del Solicitante	Fecha de la Firma
Firma del Co-solicitante	Fecha de la Firma
Formato de Solicitud de Representante	Fecha de la Firma

PASO 5 Enviar solicitud completa por correo.

Envíe su solicitud firmada a la oficina de su condado. Si requiere asistencia para localizar su oficina local, puede llamar 1-877- 716-1212 o en línea al www.wvdhhr.org/bcf/county/.

(Si desea registrarse para votar, puede llenar el formato de registro de electores en www.sos.wv.gov.)

APÉNDICE A

Cobertura de Salud por Empleo

NO debe responder a las siguientes preguntas a menos que alguna persona en su hogar cuente con cobertura de salud por su empleo. Anexe una copia de esta página por cada empleo que le ofrezca cobertura.

Información sobre el empleo que ofrece cobertura.

Información sobre el EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos)

2. Número de Seguro Social del Empleado

Información sobre el EMPLEADOR

3. Nombre del Empleador

4. Número de Identificación del Empleador (EIN)

5. Dirección del Empleador

6. Teléfono del Empleador
() -

7. Ciudad

8. Estado

9. Código Postal

10. ¿A quién podemos contactar para obtener información sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

11. Teléfono (si es diferente del anterior)

12. Correo electrónico

13. ¿Usted es elegible para recibir cobertura de este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (continúe)

No (Deje de responder esta sección y vaya al Paso 5 de esta solicitud).

13a. Si se encuentra en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede solicitar cobertura? ____
(mm/dd/aaaa)

Escriba el nombre de las personas elegibles para la cobertura de este trabajo.

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Información sobre el plan de salud ofrecido por este empleador.

14. ¿El empleador le ofrece un plan de salud que cumple con la norma mínima de valor*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma mínima de valor* ofrecido únicamente al empleado (sin incluir planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por un programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento con base en los programas de bienestar.

a. ¿Cuál es la prima que debe pagar el empleado por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Quincenal Mensual Trimestral Anual

16. ¿Qué cambio realizará el empleador en el plan del nuevo año (si cuenta con la información)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento de los programas de bienestar. Ver la pregunta 15).

a. ¿Cuál es la prima que debe pagar el empleado por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Quincenal Trimestral Anual

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

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma mínima de valor (minimum value standard)" si la parte del plan del total de costos incluidos como prestación del plan no es menor al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del código de Ingreso Interno de 1986). Nuevo 10/13, Rev. 1/14



HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Utilice esta herramienta para responder a las preguntas del Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por empleador a la que tenga acceso (incluyendo a las del empleo de otra persona, como padre o cónyuge). La información de los recuadros numerados a continuación equivale a los recuadros del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe ser igual a la respuesta de la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en los recuadros 1 y 2 y pida a su empleador que llene el resto del formato. Llene una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura de salud.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del Empleado (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos)	2. Número de Seguro Social del Empleado _____ - _____ - _____
--	--

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del Empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN) _____ - _____	
5. Dirección del Empleador (Marketplace enviará notificaciones a esta dirección)	6. Teléfono del Empleador () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar para obtener información sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) () - _____	12. Correo electrónico	

13. ¿Usted es elegible para la cobertura de salud de este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (continúe)
Si se encuentra en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede solicitar cobertura? _____
(mm/dd/aaaa)

No (Deje de responder y proporcione este formato al empleado)

Información sobre el plan de salud ofrecido por este empleador.

14. ¿El empleador le ofrece un plan de salud que cumple con la norma mínima de valor*? Sí No
15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma mínima de valor* ofrecido únicamente al empleado (sin incluir planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por un programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento con base en los programas de bienestar:
- a. ¿Cuál es la prima que debe pagar el empleado por este plan? \$ _____
- b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Quincenal Mensual Trimestral Anual
16. ¿Qué cambio realizará el empleador en el plan del nuevo año (si cuenta con la información)?
- El empleador no ofrecerá cobertura de salud.
- El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento de los programas de bienestar. Ver la pregunta 15).
- a. ¿Cuál es la prima que debe pagar el empleado por este plan? \$ _____
- b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Quincenal Trimestral Anual
- Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma mínima de valor (minimum value standard)" si la parte del plan del total de costos incluidos como prestación del plan no es menor al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del código de Ingreso Interno de 1986).

APÉNDICE B

Miembro de un Pueblo Indígena Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete el apéndice si usted o algún miembro de su familia son miembros de pueblos indígenas americanos o nativos de Alaska. Envíe este apéndice con su Solicitud de Cobertura de Salud y Asistencia para el Pago de Costos.

Información sobre los miembros de su familia que pertenecen a pueblos indígenas americanos o nativos de Alaska. Los indígenas americanos y los nativos de Alaska pueden recibir atención de los Servicios de Salud para Indígenas (Indian Health Services), programas de salud para tribus, o programas urbanos de salud para indígenas. Es posible que no tengan que compartir el costo o que cuenten con periodos mensuales especiales para su registro. Responda a las siguientes preguntas para asegurar que su familia reciba la mejor asistencia posible.

NOTA: Puede sacar una copia de esta página y añadirla si tiene que incluir a más personas.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2
1. NOMBRE (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos)	Nombre Segundo Nombre	Nombre Segundo Nombre
	Apellidos	Apellidos
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, escriba el nombre de la tribu <input type="checkbox"/> No
3. ¿Esta persona ha recibido servicio de algún Servicio de Salud para Indígenas, programa de salud para tribus, programas urbanos de salud para indígenas o mediante referencia de alguno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service), programas de salud para tribus, programas urbanos de salud para indígenas o mediante referencia de alguno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service), programas de salud para tribus, programas urbanos de salud para indígenas o mediante referencia de alguno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Algunas cantidades no se pueden considerar para Medicaid o para el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program (CHIP)). Mencione todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud, incluyendo dinero de las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, uso de derechos, arrendamiento o regalías. • Pagos por recursos naturales, ganadería, agricultura, pesca, arrendamientos o regalías de terrenos designados como terrenos en fideicomiso para indígenas por parte del Departamento de Gobernación (Department of Interior) (incluyendo reservaciones y reservaciones pasadas). 	\$ _____ Frecuencia: _____	\$ _____ Frecuencia _____



APÉNDICE C

Asistencia para Llenar esta Solicitud.

Puede elegir a un representante autorizado.

Puede autorizar a una persona de confianza para representarlo en esta solicitud, comunicarse con nosotros, leer su información y representarlo en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre la misma y firmarla a su nombre. Esta persona se denominará "representante autorizado". Debe contactar a su oficina local de DHHR si requiere cambiar a su representante autorizado. Si usted es el representante designado de alguna persona de esta solicitud, envíe un comprobante con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos)		
2. Dirección		3. Departamento o número de unidad
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal
7. Teléfono ()		
8. Nombre de la Organización		Número de ID (si aplica)
9. Al firmar, autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial relacionada con la misma, y a representarlo en cualquier asunto relacionado con esta agencia en el futuro.		
10. Firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa)

Únicamente para asesores certificados, navegadores, agentes y corredores.

Llene esta sección si es un asesor certificado, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud a nombre de otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Nombre, Segundo Nombre, Apellidos y Sufijo	
3. Nombre de la Organización	Número de ID (si aplica)