

Solicitud para el Plan de Salud del Gobierno

➔ Solicite más rápido en línea en [medicaid.pr.gov](https://www.medicaid.pr.gov).



¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice este formulario de solicitud y solicite para cualquier persona en su hogar.
- Solicite incluso si usted, su cónyuge o su hijo ya tienen cubierta de salud.
- Los hogares que incluyen inmigrantes elegibles pueden solicitar. Usted puede solicitar para su hijo incluso si usted no es elegible para la cubierta. La solicitud no afectará su estado migratorio o las posibilidades de convertirse en un residente o ciudadano permanente.
- Si alguien le está ayudando a llenar este formulario, es posible que deba completar el Anejo B.



Lo que puede necesitar para solicitar

- Números de Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante elegible que necesite cubierta).
- Información de patrono e ingresos de cada miembro de su hogar (como talonarios de pago, declaraciones de salarios e impuestos).
- Números de póliza para cualquier plan de seguro médico actual.



¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos por su ingreso e información adicional con el propósito de informarle para que cubierta cualifica. **Mantendremos toda la información proporcionada en forma segura y confidencial, según lo exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, vaya a [medicaid.pr.gov](https://www.medicaid.pr.gov).



¿Qué ocurrirá después?

Envíe su solicitud completada y firmada a la dirección en la página 11. **Si no tiene toda la información que solicitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Le daremos seguimiento en un plazo de 1 a 2 semanas con instrucciones sobre los pasos a seguir para completar su solicitud. Recibirá una notificación de decisión de elegibilidad por correo después de procesar su solicitud. Si no recibe una notificación nuestra, visite [medicaid.pr.gov](https://www.medicaid.pr.gov) o llame a nuestro Centro de Llamadas. El completar esta solicitud no le compromete con nada.



Obtenga ayuda para esta solicitud

- **En línea:** [medicaid.pr.gov](https://www.medicaid.pr.gov)
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Llamadas al **(787) 641-4224** / (787) 625-6955 TTY/TDD (personas audio impedidas)
- **En persona:** En cualquier oficina local del Programa Medicaid.
- **In English:** Call our Call Center at **(787) 641-4224** / (787) 625-6955 TTY/TDD (Impaired hearing person)
- **Otros idiomas:** Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés o español, llame a nuestro Centro de Llamadas y dígame al representante de servicio al cliente qué idioma necesita. Le proveeremos ayuda sin costo alguno para usted.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? - Visite [medicaid.pr.gov](https://www.medicaid.pr.gov) o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al **(787) 641-4224** / (787) 625-6955 TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit [medicaid.pr.gov](https://www.medicaid.pr.gov) or call our CALL CENTER at **(787) 641-4224** / (787) 625-6955 TTY/TDD. (Impaired hearing person)

Solicitud para el Plan de Salud del Gobierno

Utilice tinta azul o negra para llenar esta solicitud.

Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

Un adulto de la familia debe ser la persona de contacto para esta solicitud y es quien debe completar esta sección.

Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Segundo Apellido	
Dirección residencial (Deje en blanco si no tiene una dirección residencial)							
Línea de Dirección 1				Línea de Dirección 2			
Ciudad		Estado		Código Postal		Barrio	
Dirección Postal (obligatorio)						Igual que la Dirección Residencial: <input type="checkbox"/>	
Línea de Dirección 1				Línea de Dirección 2			
Ciudad		Estado		Código Postal			
Número de Teléfono <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Trabajo		Otro Número de Teléfono <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Trabajo		(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
¿Desea recibir comunicaciones electrónicamente?				Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
Dirección correo electrónico:							
Idioma hablado preferido:		Inglés <input type="radio"/>		Español <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/> _____	
Idioma escrito preferido:		Inglés <input type="radio"/>		Español <input type="radio"/>		Otro <input type="radio"/> _____	

Paso 2: Cuéntenos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Complete el PASO 2 para cada persona en su hogar, incluso si la persona ya tiene cubierta de salud. La información en esta solicitud nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cubierta posible. El tipo de programa para el cual cada persona cualificatiene como base el número de personas en su núcleo familiar y los ingresos de cada uno de estos. Si no incluye a alguien, porque ya tiene cubierta de salud, los resultados de elegibilidad podrían verse afectados.

Para adultos que necesitan cubierta de salud:

Incluya a las personas a continuación, incluso si no están solicitando cubierta de salud para sí mismos, si viven en el mismo hogar -

- Cualquier cónyuge;
- Cualquier hijo o hija menor de 19 años, incluidos los hijastros.

Para niños, desde el nacimiento hasta los 18 años, que necesitan cubierta: Incluya a las personas a continuación, incluso si no están solicitando cubierta de salud para sí mismos, si viven en el mismo hogar -

- Cualquier padre (o padrastro).
- Cualquier hermano/a menor de 19 años.
- Cualquier hijo o hija menor de 19 años, incluidos los hijastros.
- Cualquier Cónyuge.

Complete el PASO 2 para cada persona en su hogar.

Comenzando con usted, luego agregue otros adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas a esta solicitud. No necesita proporcionar un estado migratorio o un Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) para cualquier persona que no esté solicitando cubierta de salud.

Compruebe todos los Anejos. Debe completar la solicitud para todos los miembros de su hogar. Complete el Anejo A (para Indios Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) y/o el anejo B (Ayuda para completar esta solicitud), si corresponde. El anejo C es opcional. Si algún miembro del hogar tiene 65 años o más, es ciego, tiene una discapacidad, o recibe servicios médicos por necesidades especiales de salud, el completar el Anejo C (solo para ese miembro del hogar) aumenta las formas en que podría ser considerado elegible. Complete el Anejo D para elegir compañías de seguros para cada persona. Incluya todos los anejos adjuntos completados con la solicitud.

Paso 2: PERSONA 1

(Comenzando con usted)

Complete el PASO 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quién incluir.

1. Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Segundo Apellido	
2. Relación con la Persona 1 YO MISMO		3. Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		4. Sexo		5. Género	
		□□□□ / □□□□ / □□□□□□		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
6. Número de Seguro Social (SSN)				7. ¿La persona 1 está casada?			
□□□□ - □□□□ - □□□□□□				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
<p>★ Necesitamos su número de Seguro social si desea cubierta de salud y tiene un SSN o puede obtener uno. Utilizamos SSN para verificar ingresos y otra información para verificar quién es elegible para la cubierta de salud. Para más información sobre cómo obtener un SSN, visite socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o visitar su oficina local de PR Medicaid.</p>							
8. ¿Está embarazada?		Si contesta Sí, ¿cuántos bebés se esperan en este embarazo		Fecha Probable de Parto (dd/mm/aaaa) – Opcional			
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		□□□□ □□□□ □□□□		□□□□ / □□□□ / □□□□□□			
9. ¿Necesita la PERSONA 1 cubierta de salud?			Si contesta Sí, responda a todas las preguntas a continuación.				
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			Si contesta No, vaya a las preguntas de ingresos que comienzan con la pregunta 20.				
10a. ¿Tiene la PERSONA 1 una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, realizar tareas diarias, etc.) o vive en una facilidad médica / hogar de ancianos?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
10b. ¿Es usted ciego?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
10c. ¿Tiene una discapacidad?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
<p>★ Si contestó Sí a las preguntas 10a, 10b y/o 10c, es posible que desee completar el Anejo C para la PERSONA 1. Se requiere que el Anejo C sea considerado para otro tipo de cubierta para adultos de 65 años o más, personas ciegas o discapacitadas o con necesidades especiales de atención médica. Si no completa el Anejo C, su determinación no se retrasará. Puede completar el Anejo C en un momento posterior, si resulta ilegible a la cubierta y alguien en su hogar tiene necesidades médicas especiales.</p>							
11a. ¿Es la PERSONA 1 un ciudadano estadounidense o nacional de los Estados Unidos? (Véase el anejo F)			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Si contesta no, pase a la pregunta 12.		
11b. ¿Es la PERSONA 1 un ciudadano naturalizado o derivado?							
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si contestó Sí, proporcione la información que figura a continuación (si está disponible). Si contestó No, vaya a la pregunta 13.							
Número de Extranjero:				Número de Certificado:			
□□□□□□□□□□□□□□□□				□□□□□□□□□□□□□□□□			
12. Si la PERSONA 1 no es ciudadana o nacional de los Estados Unidos; ¿la PERSONA 1 tiene estado migratorio elegible?							
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si contestó Sí, ingrese la información solicitada y responda las preguntas a continuación. (Consulte el Anejo E).							
Tipo de documento de Inmigración				Escriba el nombre de la PERSONA 1 tal como aparece en su documento de inmigración.			
Número de Extranjero o I-94				Número de Tarjeta o Número de Pasaporte			
ID de SEVIS o fecha de vencimiento (según corresponda)				Otros (código de categoría o país de emisión)			
□□□□□□□□□□□□□□□□				□□□□□□□□□□□□□□□□			
¿Ha vivido la PERSONA 1 en los Estados Unidos desde 1996?			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Es la PERSONA 1, el cónyuge o el padre de la PERSONA 1, un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos?		
					Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
13. ¿Es la PERSONA 1 un empleado del gobierno de Puerto Rico?							
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si contesta Sí, responda las siguientes preguntas.							
La PERSONA 1 es empleada por:		<input type="radio"/> Agencia del gobierno central		<input type="radio"/> Municipio		<input type="radio"/> Corporación Pública	
Agencia/Municipio/Corporación Pública				Aportación mensual al Plan Médico		\$	



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite medicaid.pr.gov o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit medicaid.pr.gov or call our CALL CENTER at (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (Impaired hearing person)

Paso 2: PERSONA 1

(Continuamos con usted)

14. ¿Es la PERSONA 1 miembro de la Policía de Puerto Rico, o la PERSONA 1 tiene una relación con un miembro de la Policía de Puerto Rico?

Sí No Si contesta Sí, responda a las siguientes preguntas.

Nombre del Miembro de la Policía

Relación que la PERSONA 1 tiene con el miembro de la Policía Policía Cónyuge Hijo/Hija

15. ¿Desea la PERSONA 1 ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

16. ¿La PERSONA 1 vive con al menos un niño menor de 19 años, y es la PERSONA 1 la persona principal que cuida de este niño? (Seleccione "Sí" si la persona 1 o el cónyuge de la PERSONA 1 cuida del niño).
Si contesta Sí, complete el paso 3 de esta solicitud. Sí No

17. ¿Estaba la PERSONA 1 en hogar de crianza a los 18 años o más? Sí No Si contesta Sí, ¿en qué estado?

Opcional:

(Complete todo lo que aplique.)

18. Si es Hispano/Latino, origen étnico

Mexicano Mexicano Americano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. Raza:

Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska
 Filipino Japonés Coreano Indio Asiático
 Chino Vietnamita Otros Asiáticos
 Nativo de Hawaii Guamaniano o Chamorro Samoano Otros Isleños del Pacífico
 Otro _____

Información sobre Trabajo Actual e Ingresos

Empleo: Si la PERSONA 1 está actualmente empleada, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20. **No empleado:** Pase a la pregunta 30. **Por cuenta propia:** Pase a la pregunta 29.

Trabajo actual 1:

20. Nombre del Patrono

21. Dirección del Patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono del Patrono
() -

22. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$ Por hora Semanal Cada 2 semanas Anual Dos veces al mes Mensual **23. Promedio de horas trabajadas / SEMANA**

Trabajo Actual 2: (Si la PERSONA 1 tiene más de 2 trabajos, adjunte hojas de papel adicionales con la información)

24. Nombre del Patrono

25. Dirección del Patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono del Patrono
() -

26. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$ Por hora Semanal Cada 2 semanas Anual Dos veces al mes Mensual **27. Promedio de horas trabajadas / SEMANA**

28. En el último año, la PERSONA 1: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de éstos

29. Si la PERSONA 1 trabaja por cuenta propia: Tipo de trabajo:

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) obtendrá la PERSONA 1 de este trabajo por cuenta propia este mes? \$



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite medicaid.pr.gov o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit medicaid.pr.gov or call our CALL CENTER at (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (Impaired hearing person)

STEP 2: PERSON 1**(Continuamos con usted)**

30. Otros ingresos que la PERSONA 1 obtiene este mes: Complete todo lo que corresponda, dando la cantidad y la frecuencia con la que la PERSONA 1 lo obtiene. No nos informe sobre los ingresos de la PERSONA 1 por manutención de menores, pagos de veteranos o SSI.

Marque aquí si no hay ninguno

<input type="checkbox"/> Desempleo \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pensión a Excónyuge Recibida \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pensión \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Agricultura/Pesca - Neto \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alquiler/Regalías - Neto \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cuentas de Retiro/Jubilación \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otros Ingresos, tipo: <input type="text"/> \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
<p>31. Deducciones: Indique todo lo que aplique, informando la cantidad y con qué frecuencia lo paga la PERSONA 1. NOTA: No incluya ninguna manutención de los hijos que la PERSONA 1 pague, o los gastos ya considerados en respuesta a los ingresos netos del trabajo por cuenta propia.</p>	
<input type="radio"/> Pensión a Excónyuge Pagada \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Intereses de Préstamo Estudiantil \$ <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>



NOTA: En las preguntas 30 y 31, responda "¿Con qué frecuencia?" con – Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Dos veces al mes / Anual / o escriba otro valor.



PASO 2: PERSONA 2

Haga copias de las páginas 6, 7 y 8 si hay más de 2 personas en su hogar.

Complete esta página para su cónyuge / pareja e hijos que viven con usted. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quién incluir.

1. Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Segundo Apellido			
2. Relación con la Persona 1 *		3. Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)				4. Sexo		5. Género	
		/ /				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
6. Número de Seguro Social (SSN)						7. ¿La PERSONA 2 está casada?			
- -						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
 Necesitamos su número de Seguro social si desea cubierta de salud y tiene un SSN o puede obtener uno. Utilizamos SSN para verificar ingresos y otra información para verificar quién es elegible para la cubierta de salud. Para más información sobre cómo obtener un SSN, visite socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o visitar su oficina local de PR Medicaid.									
¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que la PERSONA 1?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Si es No, indique la dirección									
8. ¿Está la PERSONA 2 embarazada?		Si contesta Sí, ¿cuántos bebés se esperan en este embarazo				Fecha Probable de Parto (dd/mm/aaaa) - Opcional			
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						/ /			
9. ¿Necesita la PERSONA 2 cubierta de salud?				Si contesta Sí, responda a todas las preguntas a continuación. Si contesta No, vaya a las preguntas de ingresos que comienzan con la pregunta 20.					
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
10a. ¿Tiene la PERSONA 2 una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, realizar tareas diarias, etc.) o vive en una facilidad médica / hogar de ancianos?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
10b. ¿Es la Persona 2 ciega?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
10c. ¿Tiene la Persona 2 una discapacidad?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
 Si contestó Sí a las preguntas 10a, 10b y/o 10c, es posible que desee completar el Anejo C para la PERSONA 2. Se requiere que el Anejo C sea considerado para otro tipo de cubierta para adultos de 65 años o más, personas ciegas o discapacitadas o con necesidades especiales de atención médica. Si no completa el Anejo C, la determinación de cubierta para la Persona 2 no se retrasará. Puede completar el Anejo C en un momento posterior, si la Persona 2 resulta inelegible a la cubierta y tiene necesidades médicas especiales.									
11a. ¿Es la PERSONA 2 un ciudadano estadounidense o nacional de los Estados Unidos? (Véase el anejo F)				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si contesta no, pase a la pregunta 12.					
11b. ¿Es la PERSONA 1 un ciudadano naturalizado o derivado?									
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si contestó Sí, proporcione la información que figura a continuación (si está disponible). Si contestó No, vaya a la pregunta 13.									
Número de Extranjero:					Número de Certificado:				
12. Si la PERSONA 2 no es ciudadana o nacional de los Estados Unidos, ¿la PERSONA 2 tiene estado migratorio elegible?									
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si contestó Sí, ingrese la información solicitada y responda las preguntas a continuación. (Véase el Anejo E)									
Tipo de documento de Inmigración					Escriba el nombre de la PERSONA 1 tal como aparece en su documento de inmigración.				
Número de Extranjero o I-94					Número de tarjeta o número de pasaporte				
ID de SEVIS o fecha de vencimiento (según corresponda)					Otros (código de categoría o país de emisión)				
¿Ha vivido la PERSONA 2 en los Estados Unidos desde 1996?			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Es la PERSONA 2, el cónyuge o el padre de la PERSONA 2, un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos?			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
13. ¿Es la PERSONA 2 un empleado del gobierno de Puerto Rico?									
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si contesta Sí, responda a las siguientes preguntas.									
La PERSONA 2 es empleada por:			<input type="radio"/> Agencia del Gobierno Central		<input type="radio"/> Municipio		<input type="radio"/> Corporación Pública		
Agencia/Municipio/Corporación Pública				Aportación mensual al Plan Médico				\$	



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite medicaid.pr.gov o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit medicaid.pr.gov or call our CALL CENTER at (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (Impaired hearing person)

PASO 2: PERSONA 2

(Continuamos con la PERSONA 2)

14. ¿Es la PERSONA 2 miembro de la Policía de Puerto Rico, o la PERSONA 2 tiene una relación con un miembro de la Policía de Puerto Rico?

Yes No Si contesta Sí, responda a las siguientes preguntas.

Nombre del Miembro de la Policía

Relación que la PERSONA 2 tiene con el miembro de la Policía Policía Cónyuge Hijo/Hija

15. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

16. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un niño menor de 19 años, y es la PERSONA 2 la persona principal que cuida de este niño? (Seleccione "Sí" si la persona 2 o el cónyuge de la PERSONA 2 cuida del niño). Sí No
Si contesta Sí, complete el paso 3 de esta solicitud.

17. ¿Estaba la PERSONA 2 en hogar de crianza a los 18 años o más? Sí No Si contesta Sí, ¿en qué estado?

Opcional:

(Complete todo lo que aplique.)

18. Si es Hispano/Latino, Origen Étnico

Mexicano Mexicano Americano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. Raza:

Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano Indio Americano o Nativo de Alaska
 Filipino Japonés Coreano Indio Asiático
 Chino Vietnamita Otros Asiáticos
 Nativo de Hawaii Guamaniano o Chamorro Samoano Otros Isleños del Pacífico
 Otro _____

Información Sobre Trabajo Actual e Ingresos

Empleo: Si la PERSONA 2 está actualmente empleada, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20. **No empleado:** Pase a la pregunta 30. **Por cuenta propia:** Pase a la pregunta 29.

Trabajo actual 1:

20. Nombre del Patrono

21. Dirección del Patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono del Patrono
 () -

22. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$ Por hora Semanal Cada dos semanas Anual Dos veces al mes Mensual **23. Promedio de horas / SEMANA**

Current Job 2: (If PERSON 2 has more than 2 jobs, attach additional sheets of paper with the information)

24. Nombre del Patrono

25. Dirección del Patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad Estado Código Postal Número de Teléfono del Patrono
 () -

26. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$ Por hora Semanal Cada dos semanas Anual Dos veces al mes Mensual **27. Promedio de horas / SEMANA**

28. En el último año, la PERSONA 2: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de éstos

29. Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia: Tipo de trabajo:

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) obtendrá la PERSONA 1 de este trabajo por cuenta propia este mes? \$



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite medicaid.pr.gov o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit medicaid.pr.gov or call our CALL CENTER at (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (Impaired hearing person)

PASO 2: PERSONA 2**(Continuamos con la PERSONA 2)**

30. Otros ingresos que la PERSONA 2 obtiene este mes: Complete todo lo que corresponda, dando la cantidad y la frecuencia con la que la PERSONA 2 lo obtiene. No nos informe sobre los ingresos de la PERSONA 2 por manutención de menores, pagos de veteranos o SSI. Marque aquí si no hay ninguno

<input type="checkbox"/> Desempleo \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pensión a Excónyuge Recibida \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pensión \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Agricultura/Pesca - Neto \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alquiler Regalías - Neto \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cuentas de Retiro/Jubilación \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otros Ingresos, tipo: <input style="width: 150px;" type="text"/> \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>
31. Deducciones: Indique todo lo que aplique, informando la cantidad y con qué frecuencia lo paga la PERSONA 2. NOTA: No incluya ninguna manutención de los hijos que la PERSONA 2 pague, o los gastos ya considerados en respuesta a los ingresos netos del trabajo por cuenta propia.	
<input type="radio"/> Pensión a Excónyuge Pagada \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Intereses de Préstamo Estudiantil \$ <input style="width: 100px;" type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input style="width: 100px;" type="text"/>

* Consulte la lista en la parte inferior de la página 10 para conocer las opciones que se pueden ingresar para "Relación" en la pregunta 2.

NOTA: En las preguntas 30 y 31, responda "¿Con qué frecuencia?" con – Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Dos veces al mes / Anual / o escriba otro valor.



PASO 3: Relaciones Entre los Miembros del Hogar

Debe decirnos las relaciones que existen entre todos los miembros del hogar. La relación de cada persona con la PERSONA 1 ya se ha recopilado en el PASO 2, pero aún necesitamos establecer la relación entre otras personas en esta solicitud. Si la solicitud es solo para una o dos personas, omita esta sección y vaya al PASO 4.

En la sección a continuación para la 2^{da} PERSONA, ingrese el nombre de la 2^{da} PERSONA en la parte superior de la sección. Luego, para cada persona después de la 2^{da}, ingrese el nombre de la persona en la fila apropiada y su relación con la 2^{da} PERSONA. En la siguiente sección, repita de manera similar para la 3^{ra} PERSONA y la relación de otros miembros con la 3^{ra} PERSONA. Luego sucesivamente para cada miembro adicional, según sea necesario en las secciones restantes hasta la última para la relación entre la 10^{ma} PERSONA y la 9^{na} PERSONA.

En la sección de cada persona adicional habrá una fila menos que la sección anterior, ya que es necesario establecer menos relaciones. Si la solicitud contiene más de 10 personas, contáctenos en una oficina local o llamando a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al **(787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD.** (personas audio impedidas).

Asegúrese de que el nombre de toda persona ingresada a continuación coincida con una persona registrada en el paso 2.

2^{da} PERSONA – Nombre:

#	Nombre	Relación con la 2 ^{da} PERSONA
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

3^{ra} PERSONA – Nombre:

#	Nombre	Relación con la 3 ^{ra} PERSONA
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		


4^{ta} PERSONA – Nombre:

#	Nombre	Relación con la 4 ^{ta} PERSONA
5		
6		
7		
8		
9		




10		
----	--	--


PASO 3: Relaciones Entre los Miembros del Hogar (Continuación)

5^{ta} PERSONA – Nombre: _____ 


#	Nombre	Relación con la 5 ^{ta} PERSONA
6		
7		
8		
9		
10		

6^{ta} PERSONA – Nombre: _____ 


#	Nombre	Relación con la 6 ^{ta} PERSONA
7		
8		
9		
10		

7^{ma} PERSONA – Name: _____ 

#	Nombre	Relación con la 7 ^{ma} PERSONA
8		
9		
10		

8^{va} PERSONA – Nombre: _____ 

#	Nombre	Relación con la 8 ^{va} PERSONA
9		
10		

9^{na} PERSONA – Nombre: _____ 

#	Nombre	Relación con la 9 ^{na} PERSONA
10		

Utilice uno de los siguientes valores para indicar las relaciones entre las personas:

- Esposo
- Esposa
- Padres
- Madre
- Padrastro
- Madrastra
- Hijo
- Hija
- Hijastro
- Hijastra
- Hermano
- Hermana
- Hermanastro
- Hermanastra
- Abuelo
- Abuela
- Nieto
- Nieta
- Tío
- Tía
- Sobrino
- Sobrina
- Primo Hermano / Prima Hermana
- Otro Familiar
- No Familia

* Las relaciones anteriores también se aplican cuando la relación es el resultado de una adopción.



PASO 3: Relaciones de Cuidador Entre los Miembros del Hogar

Complete esta sección para cada persona con una respuesta Sí a la pregunta 16 en el PASO 2, para indicar que es la persona encargada principal del cuidado de un niño menor de 19 años de edad. Bajo el nombre de cada PERSONA que cuida de uno o más niños menores de 19 años, enumere los nombres de los niños menores de 19 años de los que la persona cuida.

Asegúrese de que el nombre de toda persona ingresada a continuación coincida con una persona registrada en el PASO 2.

Nombre de la PERSONA:	
Nombre del miembro del hogar (niño menor de 19 años) para quien esta PERSONA es su cuidador principal	

Nombre de la PERSONA:	
Nombre del miembro del hogar (niño menor de 19 años) para quien esta PERSONA es su cuidador principal	

Nombre de la PERSONA:	
Nombre del miembro del hogar (niño menor de 19 años) para quien esta PERSONA es su cuidador principal	

Si se necesita más espacio, copie esta página y adjúntela a la solicitud.



PASO 4: Miembros del Hogar que sean Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

1. ¿Es usted, o alguien en su hogar es, Indio Americano o Nativo de Alaska?

- No **Si contesta No**, continúe al PASO 5.
 Sí **Si contesta Sí**, complete el Anejo A e inclúyalo con esta solicitud, y luego continúe con el PASO 5.

PASO 5: Cubiertas de Salud Existentes en su Hogar

1. Usted y los miembros de su hogar aún pueden ser elegibles para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno, incluso si actualmente están cubiertos por otro plan de salud. Si alguien ya tiene cubierta de salud, complete la información en la pregunta 2, de lo contrario, vaya al PASO 6.

2. Para cada persona con seguro de salud complete una sección a continuación por cada plan que tenga. Si es necesario, haga copias de esta página. Asegúrese de que el nombre de la persona introducida a continuación coincida con el de una persona registrada en el PASO 2.

Persona/Seguro 1	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta:	
	<input type="radio"/> Seguro Patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguro de salud	Póliza / Número de Identificación
¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Persona/Seguro 2	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta:	
	<input type="radio"/> Seguro Patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguro de salud	Póliza / Número de Identificación
¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Persona/Seguro 3	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta:	
	<input type="radio"/> Seguro Patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguro de salud	Póliza / Número de Identificación
¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Persona/Seguro 4	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta:	
	<input type="radio"/> Seguro Patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguros de salud	Póliza / Número de Identificación
¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>



PASO 6: Su Aceptación y Firma

1. ¿Algún solicitante de cubierta de salud en esta solicitud se encuentra encarcelado (detenido o preso)?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Si contesta Sí, díganos el nombre de la persona encarcelada.		
Marque aquí si esta persona se enfrenta a la disposición de los cargos. <input type="radio"/>		

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid:

- Estoy cediendo al Programa Medicaid de Puerto Rico nuestros derechos para diligenciar y obtener cualquier dinero de otros seguros de salud, acuerdos legales u otros terceros. También estoy dando al Programa Medicaid de Puerto Rico derechos para diligenciar y conseguir el apoyo para el pago de cubierta de salud de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar? Yes No
- En caso afirmativo, entiendo que se me pedirá cooperación con la agencia que recoge la ayuda para servicios de salud de un padre ausente. Si entiendo que cooperar en la obtención de ayuda para servicios de salud pudiera perjudicarme a mí o a mis niños, puedo comunicarlo al Programa Medicaid de Puerto Rico y podría no ser necesaria mi cooperación.
- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en esta solicitud a mi mejor saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta.
- Sé que debo informar al Programa Medicaid de Puerto Rico dentro de los próximos 30 días si algo cambia o es diferente a lo escrito en esta solicitud. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad, así como la elegibilidad para los miembros de mi hogar.
- Sé que, bajo la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando hhs.gov/ocr/office/file.
- Sé que la información en esta solicitud se utilizará solo para determinar la elegibilidad para la cubierta de salud, ayudar a pagar la cubierta (si se solicita), y para fines legales del Programa Medicaid de Puerto Rico que ayudan a pagar la cubierta.

Necesitamos esta información con el propósito de verificar su elegibilidad para recibir ayuda para el pago de cubierta de salud si decide solicitarla. Verificaremos sus respuestas utilizando información en nuestra base de datos electrónicos y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de consumo. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe documentación para confirmar la información.

¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la notificación de decisiones de elegibilidad?

Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, en muchos casos, puede solicitar una apelación. Revise su notificación de elegibilidad para encontrar instrucciones específicas sobre apelaciones para cada persona en su hogar que solicita cubierta, incluyendo cuántos días tiene para solicitar una apelación. Esta es la información importante que debe tener en cuenta al solicitar una apelación:

- Puede hacer que alguien solicite o participe en su apelación si lo desea. Esa persona puede ser un amigo, pariente, abogado u otra persona. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, es posible que pueda mantener su elegibilidad para la cubierta mientras su apelación está pendiente.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar.

Para apelar los resultados de su elegibilidad, visite medicaid.pr.gov o apele en persona en una de nuestras oficinas locales. También puede enviar por correo un formulario de solicitud de apelación o su propia carta solicitando una apelación a: Programa Medicaid de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, PO BOX 70184, San Juan, PR 00936-8184. Puede apelar las decisiones de elegibilidad, los períodos de elegibilidad e inscripción, y los niveles de costos compartidos entre los resultados de esta solicitud.

Firma

La PERSONA 1 debe firmar esta solicitud.

Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando la PERSONA 1 firme el Anejo B.

Firma	Fecha de firma (dd/mm/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

PASO 7: Devuelva la Solicitud completada



Envíe su solicitud completada y firmada a:

Programa Medicaid de Puerto Rico
Departamento de Salud de Puerto Rico
PO BOX 70184
San Juan, PR 00936-8184



Entregue su solicitud completada y firmada a cualquier oficina local del Programa Medicaid de Puerto Rico.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite medicaid.pr.gov o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit medicaid.pr.gov or call our CALL CENTER at (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (Impaired hearing person)

Anejo A

Para Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

Si usted o un miembro del hogar es Indio Americano o Nativo de Alaska y está solicitando cubierta de salud, complete este Anejo e inclúyalo con su solicitud.

Proporcione información sobre los miembros de su hogar que son **Indios Americanos o Nativos de Alaska**. Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas de salud indígenas urbanos. Es posible que tampoco tengan que pagar costos compartidos y pueden obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su hogar reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela a esta solicitud.

AI/AN PERSONA 1	1. Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
	2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	Si contesta Sí, nombre de la tribu:			Estado en el que se encuentra la tribu: <input type="text"/>
	3. ¿Ha recibido esta persona un servicio de los Servicios de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de un referido de uno de estos programas? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	Si contesta No, ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas de salud indígenas urbanos, o a través de un referido de uno de estos programas? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
4. Es posible que cierto dinero recibido no se cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Haga una lista de cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia recibida) que se incluya como ingreso en el PASO 2 para esta persona, que provenga de estas fuentes:				
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indio por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural. 				
\$		¿Con qué frecuencia?		

AI/AN PERSONA 2	1. Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
	2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	Si contesta Sí, nombre de la tribu:			Estado en el que se encuentra la tribu: <input type="text"/>
	3. ¿Ha recibido esta persona un servicio de los Servicios de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de un referido de uno de estos programas? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	Si contesta No, ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas de salud indígenas urbanos, o a través de un referido de uno de estos programas? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
4. Es posible que cierto dinero recibido no se cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Haga una lista de cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia recibida) que se incluya como ingreso en el PASO 2 para esta persona, que provenga de estas fuentes:				
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indio por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural. 				
\$		¿Con qué frecuencia?		

NOTA: En las preguntas 4, responda "¿Con qué frecuencia?" con – Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Dos veces al mes / Anual / o escriba otro valor.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite medicaid.pr.gov o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit medicaid.pr.gov or call our CALL CENTER at (787) 641-4224/(787) 625-6955 TTY/TDD. (Impaired hearing person)

Anejo B

Ayuda para Completar Esta Solicitud

Para consejeros de solicitudes certificados, navegadores, agentes y facilitadores SOLAMENTE

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitudes certificado, navegador, agente o facilitador que llena esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de Inicio de Solicitud (mm/dd/aaaa)		/		/				
2. Nombre	Segundo Nombre	Apellido		Segundo Apellido				
3. Nombre de la Organización								
4. Número de Identificación (si corresponde)				5. Solo Agentes/Facilitadores: Número NPN				

Usted Puede Elegir un Representante Autorizado

Puede dar permiso a una persona de su confianza para hablar con nosotros sobre esta solicitud, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su representación. Puede otorgar a esta persona permiso para que lo represente durante el proceso de solicitud, o para continuar actuando en su nombre en todos los asuntos relacionados que continúen después de que se apruebe la solicitud, al tratar con el Programa Medicaid de Puerto Rico. Esta persona se llama "representante autorizado".

Si, en algún momento, necesita cambiar o remover a su representante autorizado, comuníquese con el Programa Medicaid de Puerto Rico.

La persona que usted designe como su representante autorizado debe llenar la información solicitada en la SECCIÓN 1, luego firmar e ingresar la fecha en el espacio provisto. Usted debe completar la SECCIÓN 2 indicando qué actividades autoriza a esta persona a realizar en su nombre y debe incluir firma y fecha al final de esta SECCIÓN 2.

SECCIÓN 1 - Para ser completada por la persona designada como representante autorizado							
1. Nombre	Segundo Nombre	Apellido		Segundo Apellido			
2. Línea de Dirección 1		Línea de Dirección 2					
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal		7. Número de Teléfono			
				() -			
8. Nombre de la Organización							
9. Número de Identificación (si corresponde)							
10. Relación con el Solicitante (PERSONA 1)							
<input type="radio"/> Abogado		<input type="radio"/> Depto. de la Familia		<input type="radio"/> Familiar			
<input type="radio"/> Institución		<input type="radio"/> Amigo		<input type="radio"/> Otro (explicar) _____			
FIRMA de representante autorizado				Fecha de Firma (dd/mm/aaaa)			

SECCIÓN 2 - Para ser completado por la PERSONA 1 como se indica en esta solicitud		
Actividad autorizada	Descripción de las actividades permitidas	
<input type="radio"/> Solicitud	<ul style="list-style-type: none">Firma la solicitud y participa en entrevistas se ser necesarioProporciona toda la información y documentación solicitada para la determinación de elegibilidad	<ul style="list-style-type: none">Recibe el aviso de decisión de elegibilidadHabla en nombre del solicitante en cualquier audiencia como resultado de una apelación relacionada con esta solicitud
<input type="radio"/> Continuidad	<ul style="list-style-type: none">Reporta cambios a la información proporcionada en la solicitudActúa en nombre del beneficiario en redeterminaciones	<ul style="list-style-type: none">Coordina citas con el Programa PR MedicaidRecibe todos los avisos relacionados con el solicitante/beneficiario
Yo, el abajo firmante, autorizo a la persona mencionada anteriormente en la SECCIÓN 1 a actuar en mi nombre para aquellas actividades que he seleccionado anteriormente en esta SECCIÓN 2. Entiendo que soy responsable de cualquier información proporcionada al Programa PR Medicaid por cualquier persona que actúe como mi representante autorizado. También entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con el Programa PR Medicaid si en cualquier momento deseo cambiar o eliminar a la persona que he designado como mi representante autorizado.		
FIRMA de La PERSONA 1 en esta solicitud		Fecha de Firma (dd/mm/aaaa)



Cubierta para Programas de Ancianos, Ciegos, Discapacitados, Médicamente Necesitados y Estatales

La información inicial de la solicitud ingresada en el PASO 2 se utiliza para evaluarlo a usted y a otros miembros del hogar para la cubierta de Medicaid o CHIP utilizando lo que se conoce como reglas MAGI. Si usted no cualifica para la cubierta bajo las reglas MAGI, aún es posible que sea elegible para la cubierta bajo otras reglas, lo que se conoce como Medicamente Necesitado, que todavía es parte del programa federal Medicaid. Además, el Programa Medicaid de Puerto Rico puede evaluarlo para la cubierta bajo nuestro Programa Estatal. Estas reglas adicionales se conocen colectivamente como "no MAGI". Esta sección es opcional. No tiene que ser evaluado para estas otras opciones, pero si elige ser evaluado, debe proporcionar la información adicional que se solicita a continuación. Agregar esta información no retrasará una decisión sobre si usted es elegible bajo "MAGI". Si no cualifica bajo las reglas MAGI y no elige continuar con esta solicitud suplementaria, puede hacerlo más tarde sin comenzar una nueva solicitud.

NOTA: Para las personas mayores (personas de 65 años o más), cualificar bajo las reglas MAGI solo es posible si la persona es un pariente cercano de un niño menor de 18 años de edad y es la persona principal que cuida de este niño.

Copie el Anejo C para cada persona en su hogar que tenga 65 años o más, sea ciega, tenga una discapacidad y/o tenga necesidades especiales de atención médica, y desea ser evaluada para una cubierta que no sea MAGI. Si el solicitante que tiene 65 años o más, es ciego, tiene una discapacidad y/o tiene necesidades especiales de atención médica vive con un cónyuge, también complete el Anejo C para el cónyuge.

1. Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
<input type="radio"/> SÍ , este individuo desea ser evaluado para no-MAGI.		<input type="radio"/> NO , esta persona no desea una evaluación no-MAGI.	

Si la respuesta a la pregunta 1 es "Sí", complete el resto de esta solicitud suplementaria para esa persona.

4. Tipos adicionales de ingresos a considerar. Si esta persona tiene cualquiera de los tipos de ingresos mostrados de la "a" a la "c", ingrese la cantidad y la frecuencia con la que se reciben los ingresos.

Tipo de Ingreso	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
a. Beneficios de Veteranos	\$	
b. Ayuda recibida de algún familiar	\$	
c. En especie (ayuda en comida, Pampers para bebés etc.)	\$	

5. Gastos adicionales a considerar. Si esta persona tiene cualquiera de los tipos de gastos mostrados de la "a" a la "e", introduzca la cantidad y la frecuencia con la que se incurre en el gasto.

Tipo de Ingreso	Cantidad	¿Con qué frecuencia?
a. Ayuda brindada a familiar	\$	
b. Pensión alimentaria pagada	\$	
c. Los gastos de cuidado de niño requeridos para que esta persona pueda trabajar. Nombre del niño en cuidado: (Este niño debe ser una persona en esta solicitud en el PASO 2.)	\$	
d. Los gastos de cuidado de niño requeridos para que esta persona pueda trabajar. Nombre del niño en cuidado: (Este niño debe ser una persona en esta solicitud en el PASO 2.)	\$	
e. Los gastos de cuidado de una persona discapacitada de 21 años o más, requeridos para que esta persona pueda trabajar. Nombre de la persona discapacitada:	\$	

NOTA: En las preguntas anteriores, responda "¿Con qué frecuencia?" con – Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Dos veces al mes / Anual / o escriba otro valor.

Si se necesita más espacio para los gastos de cuidado de esta persona, copie esta página y adjúntela a la solicitud.

NOTA: Asegúrese de reportar cada gasto de "cuido" en el hogar bajo una sola persona y no los duplique. Si más de una persona es corresponsable de estos gastos, elige a quién se le debe asignar cada uno.



Anejo C

Solicitud Suplementaria (Continuación)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido

Copie el nombre de la persona en la pregunta 1 en la página anterior y continúe respondiendo las siguientes preguntas para esta persona.

6. Activos / Recursos a Considerar. Si esta persona tiene cualquiera de los tipos de activos o recursos mostrados de la "a" a la "l", ingrese el valor del activo / recurso.

Tipo de Activo / Recurso	Valor	Tipo de Activo / Recurso	Valor
a. Efectivo	\$	b. Cuentas Bancarias	\$
c. Certificados de Ahorro / CDs	\$	d. Bonos / Acciones	\$
e. Seguro de Vida	\$	f. Fondos Fiduciarios	\$
g. IRA / 401k / Fondos de Retiro/Jubilación	\$	h. Otros Activos Financieros	\$
i. Equipos / Máquinas / Herramientas	\$	j. Mercancía / Ganadería	\$
k. Bienes Raíces*	* Ingrese los detalles bajo la pregunta 7.	l. Vehículos *	* Ingrese los detalles bajo la pregunta 8.

7. Bienes Raíces para ser considerados. Casas, edificios, terrenos que este individuo posee. No marcar más de uno como hogar principal.

Descripción incluyendo la ubicación	Hogar primario	Valor	Adeudado (hipoteca etc.)
	<input type="checkbox"/>	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	\$	\$

8. Vehículos para ser considerados. Carros, camiones, guaguas, motocicletas, casas rodantes, botes y cualquier otro vehículo.

Descripción (Modelo/Marca)	Año	Licencia / ID #	Estado	Valor	Adeudado
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

NOTA: No copie la información sobre activos/recursos (incluidos bienes raíces y vehículos) bajo más de una persona. Si los activos/recursos son de propiedad conjunta, elija una persona bajo la cual registrar ese activo/recurso.

Firma

La PERSONA 1 debe firmar esta solicitud suplementaria.

Si se hacen varias copias de las páginas para el Anejo C, sólo la última página de todas las páginas del Anejo C debe estar firmada.

Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando la PERSONA 1 firme el Anejo B.

Firma	Fecha de Firma (dd/mm/aaaa)														
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>/</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					/					/				
				/					/						



Anejo D

Selección de MCO (Compañía de Seguro)

Si, como resultado de la evaluación de esta solicitud, se le encuentra elegible para la cubierta de salud, entonces deberá ser asignado a uno de los MCO contratados por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) para administrar el Plan de Salud del Gobierno. Tiene la opción de indicar su MCO preferido ahora. Si no indica una preferencia, se le asignará una si se le encuentra elegible para la cubierta.

Cada persona en esta solicitud puede elegir un MCO de la lista de los actualmente contratados por ASES. Complete la preferencia para cada persona en la tabla a continuación. Si no se indica ninguna preferencia para una persona en esta solicitud, se le asignará un MCO al azar. Si hay más personas en esta solicitud de las que permite el espacio, haga una copia de esta página y adjúntela a la solicitud.

Debajo de la tabla se proporciona una lista de las MCO contratadas. Esta lista puede cambiar con el tiempo y este Anejo se actualizará según sea necesario. Si tiene dudas sobre si esta copia del formulario de solicitud está actualizada, puede consultarla en el sitio web de ASES en www.ases.pr.gov, o llamando a nuestro CENTRO DE LLAMADAS.

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
MCO Preferido:			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
MCO Preferido:			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
MCO Preferido:			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
MCO Preferido:			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
MCO Preferido:			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Segundo Apellido
MCO Preferido:			

MCO (compañías de seguros) contratadas por ASES para prestar servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno

- First Medical Health Plan
- Plan de Salud Menonita
- MMM Multi Health
- Triple-S Salud

Nota: MCO (por sus siglas en inglés) significa Organización de Cuidado Coordinado.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite medicaid.pr.gov o llame a nuestro CENTRO DE LLAMADAS al **(787) 641-4224/(787) 625-6955** TTY/TDD. (personas audio impedidas) To obtain a copy of this form in English visit medicaid.pr.gov or call our CALL CENTER at **(787) 641-4224/(787) 625-6955** TTY/TDD. (Impaired hearing person)

► Lista de Estados Migratorios Elegible

Si ve el estado de una persona en la lista a continuación, vuelva al PASO 2 y conteste la pregunta sobre el estado migratorio elegible como "Sí".

- Residente Permanente Legal (LPR o Titular de una tarjeta verde)
- Asilado
- Refugiado
- Participante cubano o haitiano
- Entrada condicional a los Estados Unidos por al menos un año
- Entrada condicional concedido antes de 1980
- Cónyuges, hijos, padres o no ciudadanos víctimas de violencia doméstica
- Víctimas de tráfico humano y su cónyuge, hijos, hermanos o padres o individuos con una solicitud pendiente para una visa de víctima de tráfico humano
- Residente Temporal Legal
- Residente de Samoa Americana
- Retención de la deportación otorgada
- Miembro de una tribu india reconocida federalmente o Indio Americano nacido en Canadá
- Ciudadanos de las Islas Marshall, Micronesia y Palau que viven en uno de los estados o territorios de los Estados Unidos (denominados migrantes del Pacto de Libre Asociación o COFA)

► Documentos de Inmigración

Las personas que no son ciudadanos, pero que son elegibles para solicitar cubierta de seguro de salud, deben ingresar sus documentos de inmigración, números de identificación y números de tarjeta en el PASO 2. A continuación se muestra una lista de documentos, números de identificación y números de tarjeta. Si su documento no aparece en la lista, aún puede ser aceptable. Si necesita ayuda para obtener los documentos que necesita, aún debe enviar su solicitud. Si necesita ayuda, puede comunicarse con el CENTRO DE LLAMADA al (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD. (persona audio impedida)

- Tarjeta de Residente Permanente (I-551, también conocido como "Tarjeta Verde")
 - Número de registro de extranjero
 - Número de tarjeta
 - Sello I-551 temporal (en pasaporte o I-94, I-94A)
 - Número de registro de extranjero
 - Visa de Inmigrante legible por máquina (con lenguaje temporal I-551)
 - Número de registro de extranjero
 - Número de pasaporte
 - Documento de Autorización de Empleo (EAD o I-766)
 - Número de registro de extranjero
 - Número de tarjeta
 - Fecha de expiración
 - Código de categoría
 - Registro de Llegada/Salida (I-94 o I-94A)
 - Número de I-94
 - Registro de Llegada/Salida en pasaporte extranjero (I-94)
 - Número de I-94
 - Número de pasaporte
 - Fecha de expiración
 - País de emisión
 - Pasaporte Extranjero
 - Número de pasaporte
 - Fecha de expiración
 - País de emisión Permiso de Reingreso (I-327)
 - Número de registro de extranjero
 - Documento de viaje de refugiado (I-571)
 - Número de registro de extranjero
 - Certificado de Elegibilidad para Estado de Estudiante (I-20) No-Inmigrante (F-1)
 - Número de registro de extranjero o un número de I-94
 - Descripción del tipo o nombre del documento
 - Certificado de Elegibilidad para Estado (DS2019) de Visitante de Intercambio (J-1)
 - SEVIS ID
 - Aviso de Acción (I-797)
 - Número de registro de extranjero o un número de I-94
 - Otro
 - Número de extranjero (también conocido como número de registro de extranjero o número USCIS) o un número de I-94
 - Descripción del tipo o nombre del documento
- También puede enumerar estos documentos o estados:**
- Documento que evidencie que se es miembro de una tribu india o Indio Americano nacido en Canadá
 - Oficina de Relocalización de Refugiados (ORR) carta de elegibilidad (si menos 18 años)
 - Documento que indica el aplazamiento de remoción
 - Orden administrativa que indica la remoción emitida por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS)
 - Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) Oficina de Relocalización de Refugiados (ORR)
 - Participante cubano o haitiano
 - Tarjeta de residente de Samoa Americana



Gran parte de la información que usted ha proporcionado para los miembros de su hogar en esta solicitud tendrá que ser verificada. Si no podemos completar la verificación a través de medios electrónicos, es posible que deba proporcionar documentos que puedan probar que la información que proporcionó es correcta.

Si está completando esta solicitud para enviarla por correo, puede incluir documentos con esta solicitud, y esto puede ahorrar tiempo si necesitamos usarlos para verificar su información. Si decide presentar su solicitud en una oficina local del Programa Medicaid de Puerto Rico, debe llevar los documentos con usted. Cuando utilice otras formas para enviar su solicitud, siga las instrucciones apropiadas. En general, las copias de los documentos son aceptables.

A continuación, encontrará varias secciones para diferentes tipos de información y orientación sobre qué tipos de documentos se pueden utilizar para verificar su información. Lea detenidamente ya que NO necesita tener TODOS estos documentos. En muchos casos hay una opción en cuanto a qué documentos se pueden utilizar, y en otros los documentos sólo son relevantes en ciertas circunstancias. Si necesita ayuda para obtener los documentos que necesita, aún debe enviar su solicitud. Para obtener una lista completa de los documentos que se pueden usar para verificar la ciudadanía, consulte los requisitos federales en 42 CFR 435.407: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/CFR-2011-title42-vol4/pdf/CFR-2011-title42-vol4-sec435-407.pdf>. Si necesita ayuda, puede comunicarse con el Centro de Llamada al (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD. (persona audio impedida)

► Ciudadanía

1. Si usted es ciudadano estadounidense, puede proporcionar UN documento para verificar la ciudadanía. A continuación, se muestra una lista de los documentos más utilizados. Estos también se pueden utilizar para confirmar su fecha de nacimiento.

- Pasaporte de los Estados Unidos o tarjeta de pasaporte de los Estados Unidos, incluso si expiró.
- Certificado de Naturalización emitido por el Departamento de Seguridad Nacional (formularios DHS N-550 o N-570).
- Certificado de Ciudadanía Estadounidense emitido por el Departamento de Seguridad Nacional (formularios DHS N-560 o N-561).
- Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación emitida por un estado o territorio de los Estados Unidos si el Estado requiere prueba de ciudadanía o un SSN antes de su emisión. (La licencia de conducir de Puerto Rico cumple con este requisito. Puede presentar una licencia de conducir o una tarjeta de identificación de otro estado o territorio si cumple con el requisito).
- Evidencia documental emitida por una tribu reconocida federalmente, con foto. El documento debe identificar a la tribu reconocida federalmente que emitió el documento, identificar al individuo por su nombre y confirmar la membresía, inscripción o afiliación del individuo con la tribu. Dichos documentos incluyen, entre otros, un certificado de grado de sangre india, tarjeta de inscripción tribal, documento de censo tribal y documentos con membrete tribal.
- Número de seguro social, que igualaremos con los registros de la Administración del Seguro Social.

2. Si usted es ciudadano estadounidense pero no puede proporcionar uno de los documentos anteriores, puede establecer la ciudadanía estadounidense proporcionando UNO de los documentos en la columna (A) a continuación, siempre que también vaya acompañado de UNO de los documentos de la columna (B). (Cualquiera de estos documentos se puede utilizar para confirmar también la fecha de nacimiento si esa información está contenida en el documento).

(A)	(B)
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento de los Estados Unidos (ver Notas 1 y 2). • Certificación de Acta de Nacimiento (Formulario DS-1350 o versión anterior FS 545). • Informe de Nacimiento en el Extranjero (Formulario FS-240). • Tarjeta de Identificación de Ciudadanía de los Estados Unidos (I-197 o versión anterior I-179). • Decreto de adopción definitiva (véase la nota 3). • Tarjeta de Identificación de las Islas Marianas del Norte (I-873). 	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir estatal (o territorial) con foto. • Tarjeta de identificación con foto, emitida por el gobierno federal, estatal o local con la misma información de identificación que una licencia de conducir. • Tarjeta militar de los Estados Unidos o registro de reclutamiento. • Tarjeta de marinero mercante de la Guardia Costera de los Estados Unidos. • Tarjeta de identificación escolar con foto con información de identificación.



- Evidencia de empleo en el Servicio Civil de los Estados Unidos antes del 1 de junio de 1976.
- Documentación de que un niño cumple con los requisitos de la Ley de Ciudadanía Infantil de 2000.
- Registros médicos, escolares, de seguros o religiosos (véase la Nota 4).
- Registros militares de los Estados Unidos, que muestran un lugar de nacimiento de los Estados Unidos.
- Registro del censo federal o estatal que muestre una ciudadanía estadounidense o un lugar de nacimiento de los Estados Unidos.
- Tarjeta de identificación del dependiente militar.
- Para niños menores de 19 años, un registro de clínica, médico, hospital o escuela (incluyendo preescolar o guardería).
- Un hallazgo de identidad de una agencia de carril expreso

Notas:

1. Certificado de nacimiento de los Estados Unidos significa un certificado de nacimiento público de uno de:
 - los 50 Estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico (a partir del 13 de enero de 1941), Guam (a partir del 20 de abril de 1899), las Islas Vírgenes de los Estados Unidos (a partir del 17 de enero de 1917), Samoa Americana, la Isla Swain o las Islas Marianas del Norte (después del 4 de noviembre de 1986).
1. Para una persona nacida en Puerto Rico antes del 13 de enero de 1941 – Evidencia de nacimiento en Puerto Rico más una declaración de la persona de que él o ella estaba residiendo en Puerto Rico, los EE.UU. o una posesión de los EE.UU. el 13 de enero de 1941.
2. Una sentencia de adopción final debe mostrar el nombre y el lugar de nacimiento del niño en los Estados Unidos.
3. Registros médicos, registros de vida, salud u otros registros de seguros, registros religiosos oficiales o registros escolares (incluidos preescolares, Head-Start y guarderías) que muestren el nombre de la persona y el lugar de nacimiento en los Estados Unidos.



Anejo F Documentación que Puede que Tenga que Proporcionar (Continuación)

► Estado Migratorio e Identidad

1. Para una persona que no es ciudadana estadounidense, la cubierta completa bajo el Plan de Salud del Gobierno solo está disponible si la persona puede probar un estado de inmigrante elegible (ver Anejo E para más detalles sobre los diversos estados y documentos). Para aquellas personas que pueden proporcionar uno de los documentos enumerados a continuación, estos documentos se pueden utilizar para probar tanto el Estado de Inmigración como la Identidad.

- Tarjeta de Residente Permanente (“Tarjeta Verde”) (Formulario I-551).
- Documento de Autorización de Empleo (Formulario I-766).

2. Para una persona que no es ciudadano estadounidense y que no tiene uno de los documentos enumerados anteriormente en la sección 1, el estado migratorio debe probarse proporcionando uno de los documentos enumerados en el Anexo E más uno de los documentos de prueba de identidad que se muestran anteriormente en la sección de Ciudadanía e Identidad bajo 2 (B).

► Domicilio

1. La dirección residencial introducida en el PASO 1 de esta solicitud debe ser confirmada. Cualquiera de los tipos de documentos enumerados a continuación se puede utilizar para demostrar que la dirección es válida, pero el documento proporcionado debe estar fechado dentro de los 6 meses anteriores a la firma de esta solicitud.

- Contrato de arrendamiento, o un recibo de alquiler / carta del arrendador con la dirección.
- Una factura de servicios públicos (gas, electricidad, agua, teléfono, televisión por cable, etc.). Debe incluir dirección y ser para una utilidad entregada en el hogar (no teléfono celular).
- Registros de impuestos a la propiedad.
- Estado de cuenta hipotecario.
- Licencia de conducir de un Estado de los Estados Unidos (o territorio).
- Tarjeta de identificación, emitida por el gobierno federal, Estatal o Local con dirección.
- Sobre o postal con matasellos (con fecha legible). (solo válido si se envía a una dirección física y no a un apartado de correos).

► Ingresos

1. Debe poder proporcionar documentos que prueben cualquier ingreso que usted o los miembros de su hogar hayan recibido o esperen recibir en el mes en curso. NO es necesario que proporcione todos los documentos que se muestran a continuación. Solo proporcione aquellos que puedan probar los ingresos, si los hay, que usted y los miembros de su hogar reciben. Las listas contienen varios documentos alternos que pueden suministrarse. Para cualquier tipo de ingresos de cualquier miembro de su hogar, solo necesita proporcionar uno de los documentos posibles.

Sueldos y Salarios

- Talonario de cheque.
- Estados de cuenta de depósito directo.
- Carta de patrono con membrete de la empresa, firmada y fechada por un funcionario del Patrono.
- Registros comerciales / nóminas.

Cuenta Propia

- Copia oficial de la planilla más reciente, incluyendo todos los anejos.
- Registros de ganancias y gastos / registros comerciales.

Beneficios por Desempleo

- Carta de adjudicación de beneficios o certificado.
- Estado de cuenta mensual de beneficios del Departamento de Trabajo y Recursos Humanos.
- Copia del historial de pagos del Departamento de Trabajo y Recursos Humanos para el individuo .
- Copia de la Tarjeta de Pago Directo con impresión.
- Correspondencia oficial del Departamento de Trabajo y Recursos Humanos.

Pensión Alimentaria Recibida

- Carta de la persona que paga la manutención.
- Documento del Tribunal.
- Copia de la información de la cuenta de pensión alimentaria (ASUME).
- Copia del estado bancario que identifica claramente el depósito de la pensión alimentaria.



Anejo F Documentación que Puede que Tenga que Proporcionar (Continuación)

► Ingresos (Continuación)

Pensión a Excónyuge Recibida	Pensiones Privadas / Anualidades
<ul style="list-style-type: none">• Carta de la persona que paga la pensión a excónyuge.• Documento de la Corte.• Estado bancario que identifica claramente el depósito de pagos.	<ul style="list-style-type: none">• Estado de cuenta de la pensión / anualidad.
Seguro Social	Compensación al Trabajador
<ul style="list-style-type: none">• Carta de adjudicación / certificado.• Declaración Anual de Beneficios.• Correspondencia oficial de la Administración del Seguro Social.	<ul style="list-style-type: none">• Carta de adjudicación.• Talonario de cheque.• Estado de cuenta de depósito directo.• Estado bancario que identifica claramente el depósito de los pagos.
Pago Militar	Ingresos de Renta o Casa de Huéspedes
<ul style="list-style-type: none">• Carta de adjudicación.• Talonario de cheque.• Estado de cuenta de depósito directo.• Estado bancario que identifica claramente el depósito de los pagos.	<ul style="list-style-type: none">• Talonario de cheque.• Estado bancario que identifica claramente el depósito de los pagos.• Carta del arrendatario / huésped.
Intereses / Dividendos / Regalías	
<ul style="list-style-type: none">• Estado de cuenta reciente de un banco, cooperativa de crédito u otra institución financiera.• Carta / Estado de cuenta del corredor.• Carta / Estado de cuenta del agente.• Forma 1099 o planilla (solo si no hay otra documentación disponible).	

► Deducciones

1. Debe poder proporcionar documentos que prueben cualquier deducción de los ingresos que usted o los miembros de su hogar hayan informado en esta solicitud. Es posible que las deducciones se hayan ingresado en el PASO 2 en la pregunta 29, o que las haya ingresado en el Anejo C en la pregunta 5. NO es necesario que proporcione todos los documentos que se muestran a continuación. Solo proporcione aquellos que puedan probar las deducciones, si las hubiera, que usted y los miembros de su hogar pagaron. Las listas contienen varios documentos alternos que pueden suministrarse. Para cualquier tipo de deducción descontada a cualquier miembro de su hogar sólo tiene que proporcionar uno de los posibles documentos.

Pensión a Excónyuge Pagada	Intereses de Préstamos Estudiantiles
<ul style="list-style-type: none">• Carta de la persona que recibe la pensión.• Documento de la Corte.• Estado bancario que identifica claramente los pagos.	<ul style="list-style-type: none">• Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa u otra institución financiera que proporcionó el préstamo.• Cheques cancelados.
Pensión Alimentaria Pagada	Ayuda Dada a Familia
<ul style="list-style-type: none">• Carta de la persona que recibe la pensión.• Documento de la corte.• Copia de la información de la cuenta de pensión alimentaria (ASUME)	<ul style="list-style-type: none">• Cheques cancelados.• Carta de la persona que recibe la ayuda.• Copia del estado bancario que identifica claramente los pagos de la pensión alimentaria.



Anejo F Documentación que Puede que Tenga que Proporcionar (Continuación)

Deducciones (Continuación)

Gastos por cuidado de niños o por el cuidado de una persona discapacitada de 21 años o más

- Declaración escrita del centro u otro proveedor de cuidado de niño/adulto.
- Cheques cancelados o recibos que muestran los pagos realizados.

Nota: Los documentos deben identificar quién realizó los pagos.

► Otros

1. Es posible que deba proporcionar documentación para sustentar otra información que proporcionó en esta solicitud. A continuación, se presentan varias otras categorías en la información de la solicitud que pueden requerir documentación. Solo reúna estos documentos si ha incluido el tipo de información correspondiente en la solicitud.

Seguro de Salud (Si se incluyó en el PASO 5)

- Documento que acredite el seguro médico actual (póliza de seguro, certificado de seguro, tarjeta de identificación del plan).
- Carta de terminación del seguro médico.
- Tarjeta de Medicare.

Recursos (Si se incluye como Activos en el Anejo C bajo las preguntas 4, 5 y 6)

- Estados de cuenta bancarios: cheques, ahorros, retiro/jubilación (como IRA, Keogh).
- Acciones, Bonos: certificados o estados de cuenta.
- Copia de la póliza de seguro de vida.
- Copia del fondo fiduciario, escritura de la parcela de entierro, acuerdo funerario.
- Escritura de bienes raíces distintos de la residencia principal.
- Cualquier documento similar para otros activos.

Gastos médicos durante los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud (Si la pregunta 13 en el PASO 2 fue respondida Sí para una PERSONA)

- Si alguna de la documentación facilitada hasta el momento, para el mes en curso, es diferente en alguno de los 3 meses anteriores, proporcione la misma documentación que aplica para los 3 meses anteriores. Por ejemplo, si los ingresos o gastos para usted o los miembros de su hogar fueron diferentes, necesitará los documentos de los meses en que fueron diferentes.
- Documentación de gastos médicos no pagados incurridos durante los 3 meses anteriores. Esto puede ser facturas, cartas u otros documentos escritos del proveedor del servicio médico que desea ayuda para pagar.

