

Solicitud de cobertura de servicios de salud (y para averiguar si puede obtener ayuda con los costos)

Use esta solicitud para averiguar para cuál cobertura de servicios de salud es elegible:

- Cobertura de servicios de salud de bajo costo o gratuita de Washington Apple Health (Medicaid), incluyendo a Apple Health para Niños con primas, también conocida como Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)
- Un crédito fiscal que puede ayudar a pagar sus primas de servicios de salud para un plan de salud calificado
- Plan de salud calificado y plan dental calificado privados, a costo completo

Presente la solicitud más rápido en línea

- Presente la solicitud más rápido en línea en wahealthplanfinder.org

Información que necesitará para presentar la solicitud para usted y para otras personas:

- Números de Seguro Social
- Fechas de nacimiento de todos los miembros de su hogar
- Pasaporte extranjero, número "A", u otros números de inmigración para inmigrantes que solicitan cobertura de salud
- Información sobre los ingresos de todos los adultos y menores que tengan suficientes ingresos para tener que presentar declaraciones de impuestos
- Información sobre seguros de salud disponibles para usted o su familia

¿Por qué solicitamos tanta información?

Necesitamos la siguiente información para determinar para qué coberturas de servicios de salud es elegible. Conservaremos en privado la información que nos proporcione, como lo exige la ley.

Envíe su solicitud contestada y firmada a:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
o por fax al 1-855-867-4467

Si no tiene toda la información que solicitamos, puede comenzar su solicitud escribiendo su nombre, fecha de nacimiento, dirección y firma, y enviándola a la dirección que aparece arriba.

Obtenga ayuda con esta solicitud:

- Internet: wahealthplanfinder.org
- Teléfono: Llame al Centro de Servicio al Cliente al teléfono 1-855-WAFINDER (855-923-4633) o 1-855-627-9604 (TTY)
- En persona: Para recibir ayuda con su solicitud busque a un navegador o agente por medio del enlace de servicio al cliente en wahealthplanfinder.org.
- Idioma o discapacidad: Para obtener ayuda gratuita en su idioma (incluyendo un intérprete o la traducción de materiales impresos) o adaptaciones para una discapacidad, llame al 1-855-WAFINDER (855-923-4633) o al 1-855-627-9604 (TTY).

Definiciones

Créditos fiscales para primas de seguro de salud: Puede usar créditos fiscales para reducir su prima mensual.

Washington Healthplanfinder: Un mercado en línea para individuos, familias y pequeñas empresas de Washington, donde pueden comparar e inscribirse en una cobertura de seguro y obtener acceso a créditos fiscales, reducciones por costos compartidos y programas públicos tales como Washington Apple Health.

Prima: La cantidad que usted paga cada mes por su plan de salud, si la hay. Debe pagar su prima para mantener su cobertura, incluso si no recibe ningún servicio de salud.

Plan de salud calificado: Cobertura de salud privada por medio de Washington Healthplanfinder.

Cobertura mínima esencial: Este es el tipo de cobertura que una persona necesita tener para cumplir con el requisito de responsabilidad individual de la Ley de Cuidado Asequible. Esta incluye pólizas de seguro individuales y familiares del mercado, cobertura por empleo, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), TRICARE y otras coberturas que cubran los 10 beneficios esenciales de salud.

Beneficios esenciales de salud: Un conjunto de 10 servicios de salud que todos los planes deben cubrir, como consultas médicas, estancias hospitalarias y medicamentos recetados. Algunos beneficios son gratuitos, y algunos pueden tener copagos y coaseguros.

Washington Apple Health: Los programas públicos de seguro de salud para residentes de Washington que cumplen con ciertos requisitos. Washington Apple Health es el nombre que se usa en Washington para Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), y otros programas de servicios de salud financiados por el estado de Washington.

Para personas con empleo independiente

Usted puede restar los gastos permisibles por debajo de sus ingresos brutos para obtener el monto de sus ingresos netos como trabajador independiente. Para más información, consulte las “Instrucciones para el Anexo C o el Anexo F” en www.irs.gov.

Algunos ejemplos de gastos permisibles son:

- Gastos de automóvil y camión
- Comisiones, honorarios y mano de obra contratada
- Agotamiento de recursos
- Depreciación
- Programas de beneficios para empleados, pensiones y planes de reparto de utilidades
- Seguros (excepto de salud) e intereses de hipotecas
- Servicios legales y profesionales
- Gastos de oficina, alquileres y arrendamientos
- Seguro de propiedad, responsabilidad civil o interrupción de negocio
- Suministros, reparaciones y mantenimiento
- Viajes, comidas y entretenimiento
- Servicios básicos, impuestos, y licencias
- Sueldos (menos los créditos por empleo)

Derechos y responsabilidades de la cobertura de servicios de salud

Sus derechos (nosotros debemos) en todos los programas de cobertura de servicios de salud

Ayudarle a leer y llenar todos los formularios solicitados. Para obtener asistencia puede comunicarse con Washington Healthplanfinder o, si es una persona de la tercera edad o está ciego o discapacitado, o necesita servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS).

Ofrecer los servicios de un intérprete o traductor sin costo para usted y sin demoras cuando se comunique con Washington Healthplanfinder, la Health Care Authority o el DSHS.

Mantener su información personal privada pero es posible que compartamos algunos datos con otras agencias estatales y federales para el proceso de verificación e inscripción.

Darle la oportunidad de apelar si está en desacuerdo con una determinación hecha por Washington Healthplanfinder o por el DSHS que afecte su elegibilidad para una cobertura de salud, LTSS, un plan de salud, créditos fiscales para primas de seguro de salud, reducciones por costos compartidos. Si pide una apelación, se revisará su caso. Puede encontrar más información sobre el proceso de apelaciones de Washington Healthplanfinder visitando la página de apelaciones de Washington Healthplanfinder en <http://www.wahbexchange.org/appeals/> o comunicándose con el Centro de Servicio a Clientes de Washington Healthplanfinder al 1-855-923-4633. Para obtener información sobre apelaciones para programas del DSHS, puede comunicarse con el Centro de Servicio a Clientes del DSHS al 1-877-501-2233 o visitar la oficina de Servicios Comunitarios y del Hogar de su localidad. Si la apelación se refiere a una decisión sobre la cobertura de Washington Apple Health, que no fue resuelta por una revisión del caso, se programará una audiencia administrativa.

Tratarlo de manera justa. La discriminación es ilegal. El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidades o sexo. El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority no excluyen a personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidades o sexo.

El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority también cumplen con las leyes estatales vigentes y no discriminan con base en credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición de veterano o militar honorablemente retirado, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad.

El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority:

- **Proporcionan ayudas y servicios de manera gratuita a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:**
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- **Proporcionan servicios gratuitos de lenguaje a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:**
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 1-855-923-4633.

Si cree que el Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority no le han proporcionado estos servicios, o lo han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Washington Health Benefit Exchange Legal Department
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
Fax: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org | <ul style="list-style-type: none">• Health Care Authority Division of Legal Services
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
Fax: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov |
|---|--|

Puede presentar su queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento Legal del Washington Health Benefit Exchange o la División de Servicios Legales de la Health Care Authority están disponibles para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., ya sea de manera electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Sus responsabilidades (usted debe) en todos los programas de cobertura de servicios de salud

Proporcionar su NSS y situación migratoria. Con algunas excepciones, usted debe proporcionar un Número de Seguro Social (NSS) o número de documento de inmigración, de usted o de cualquier persona en su hogar que desee solicitar cobertura de cuidado de la salud. Se requiere un NSS para solicitar un crédito fiscal para primas de seguro de salud. Utilizamos esta información para determinar su elegibilidad confirmando su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de servicios de salud.

No compartimos esta información con ninguna autoridad de inmigración.

Es posible solicitar cobertura para algunos miembros de su hogar, y no para otros. Si no tiene un NSS o un número de documento de inmigración para todos los miembros del hogar, los demás aún pueden solicitar y obtener cobertura. Por ejemplo, puede solicitarla para su hijo o hija incluso si usted no es elegible para cobertura. Presentar su solicitud no afectará su situación migratoria ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o en ciudadano.

También hay algunos programas de Washington Apple Health para personas que no pueden demostrar que están en el país de manera legal. Pero si decide no proporcionar un NSS o un número de documento de inmigración de alguna persona de su hogar, necesitaremos dar seguimiento con usted para obtener información sobre los ingresos de la persona que no solicita.

Si la agencia lo solicita, proporcionar toda la información y los comprobantes necesarios para decidir si usted es elegible.

Cosas que debe saber sobre todos los programas de cobertura de servicios de salud

Existen ciertas leyes estatales y federales que rigen la operación de Washington Healthplanfinder y sus sistemas de solicitud administrados por el estado, sus derechos y responsabilidades como usuario, y la cobertura obtenida al utilizarlos. Al utilizar estos sistemas, usted acepta cumplir las leyes aplicables a alguien que los utiliza y a la cobertura que obtiene como resultado.

La Ley Nacional para el Registro de Votantes de 1973 ordena que todos los estados proporcionen ayuda para el registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública.

Hacer una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios o los beneficios que le brindará esta agencia. Puede inscribirse para votar en www.vote.wa.gov o pedir formularios para el registro de votantes llamando al 1-800-448-4881.

Las restricciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, "HIPAA") le prohíben a la Health Care Authority (HCA) y al DSHS hablar sobre la información de salud relativa a usted o cualquier miembro de su hogar con otros, incluyendo un representante autorizado, salvo que esa persona tenga un poder notarial o usted hayan firmado un formulario de consentimiento autorizando la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre la salud mental, resultados de exámenes de VIH/sida y de ETS, o el tratamiento y los servicios por dependencia a sustancias químicas.

Para obtener más información sobre la política de privacidad de Washington Healthplanfinder, visite https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html

La Ley de Cuidado Asequible prohíbe a Washington Healthplanfinder y al DSHS proporcionar información personal que lo identifique a usted o a cualquier miembro de su hogar a cualquier persona que no esté autorizada para recibirla, y sin su consentimiento.

La información que proporcione a Washington Healthplanfinder y al DSHS está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar su elegibilidad para cobertura de cuidado de la salud. La verificación puede incluir contactos de seguimiento del personal de la agencia.

Si comienza a llenar una solicitud para seguro de salud en Washington Healthplanfinder y no completa el proceso por alguna razón, su información estará guardada en Washington Healthplanfinder y podrá tener acceso a ella por 90 días. Si no completa una solicitud después del período de 90 días, su información se borrará del sistema de Washington Healthplanfinder.

Washington Healthplanfinder, la HCA y el DSHS no son responsables de administrar su plan de seguro de salud. Su aseguradora puede proporcionarle más información sobre sus beneficios.

Si tiene preguntas sobre los términos de su plan de seguro médico, incluyendo los beneficios para los que es elegible, gastos por su propia cuenta bajo su plan, y hacer una reclamación de beneficios o apelar una negación de beneficios, debe comunicarse con su aseguradora de seguro médico. Si es elegible para COBRA al terminar cualquier cobertura de seguro de salud adquirida a través de Washington Healthplanfinder, es responsabilidad de su empleador administrar COBRA y proporcionarle las notificaciones requeridas y períodos de elección de COBRA.

No cancele ninguna cobertura de seguro actual ni rechace algún beneficio de COBRA hasta que reciba una carta de aprobación y póliza de seguro, también conocida como contrato o certificado de seguro, de la aseguradora que seleccionó. Asegúrese de comprender y aceptar los términos de la póliza, ponga especial atención a la fecha de entrada en vigencia, períodos de espera, monto de la prima, beneficios, limitaciones, exclusiones y anexos.

Puede solicitar los servicios de cumplimiento de manutención a través de la División de Manutención de Menores (DCS, por sus siglas en inglés).

Para obtener una solicitud para estos servicios, visite www.childsupportonline.wa.gov o comuníquese con su oficina local de la DCS.

Sus derechos (nosotros debemos) sólo para Washington Apple Health

Explicarle sus derechos y responsabilidades si usted lo solicita.

Permitirle presentar una solicitud parcial que incluya como mínimo, su nombre, su dirección y su firma o la firma del representante autorizado del solicitante. El día en que recibimos una solicitud parcial es su fecha de solicitud, que puede afectar cuándo entra en vigor su cobertura. No tomaremos una decisión definitiva sobre su cobertura hasta después de que llene la solicitud.

Permitirle presentar una solicitud o solicitud parcial usando cualquier método incluido en WAC 182-503-0005.

Procesar su aplicación de manera expedita y a más tardar en las fechas límites descritas en WAC 182-503-0060.

Darle 10 días calendario para proporcionar información que necesitamos para determinar su elegibilidad. Si nos pide más tiempo, se lo daremos. Si no nos entrega la información o pide más tiempo, es posible que deneguemos, cancelemos o cambiemos su cobertura de servicios de salud.

Ayudarle si tiene problemas para obtener alguna información o comprobante que necesitamos para decidir si usted es elegible. En caso que solicitemos un documento que cuesta dinero, enviaremos por él y pagaremos el costo.

Notificarle, en la mayoría de los casos, por lo menos 10 días antes de cancelar su cobertura de servicios de salud.

Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, dentro de un plazo de 45 días. La cobertura de servicios de salud para algunos casos de discapacidad puede tomar hasta 60 días. Entregamos una decisión por escrito sobre seguro médico de embarazo dentro de un plazo de 15 días.

Permitirle que se niegue a hablar con un investigador si auditamos su caso. Usted no tiene la obligación de dejar al investigador entrar a su vivienda. Puede pedir al investigador que regrese en otro momento. Esta petición no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

Continuar con su cobertura de Washington Apple Health mientras decidimos si es elegible para otro programa de acuerdo con WAC 182-504-0125.

Darle acceso equitativo a los servicios como se describe en WAC 182-503-0120, si usted es elegible.

Sus responsabilidades (usted debe) sólo para Washington Apple Health

Informar cambios según lo requerido en WAC 182-504-0105 y WAC 182-504-0110 dentro de un plazo de 30 días del cambio. Leer su carta de aprobación para ver qué cambios debe informar.

Llenar renovaciones cuando se le solicite.

Proporcionar a los proveedores médicos información necesaria para facturarnos los servicios de salud.

Solicitar Medicare si tiene derecho a él.

Cooperar con el personal de Control de Calidad cuando se le pida.

Solicitar y hacer esfuerzos razonables para obtener ingresos potenciales de otras fuentes cuando pida o reciba cobertura de Washington Apple Health.

Cosas que debe saber solo para Washington Apple Health

Al solicitar y recibir Washington Apple Health, usted le cede al Estado de Washington los derechos a toda asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios de salud.

La agencia podría compartir el historial de vacunación de su hijo(a) con el Sistema de Seguimiento de Perfiles de Inmunización Infantil.

La información que usted reporte se podría proporcionar al DSHS para determinar la elegibilidad y beneficios mensuales para programas tales como cobertura de cuidado de la salud, asistencia en efectivo, asistencia alimenticia y subsidios para guardería.

Por ley, el Estado de Washington puede recuperar de su patrimonio los costos que haya pagado por ciertos tipos de servicios médicos utilizando el proceso de recuperación de patrimonio (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, y Capítulo 182-527 WAC).

La recuperación de patrimonio sólo se lleva a cabo después de su muerte, de la muerte de su cónyuge sobreviviente hasta que sus hijos sobrevivientes tengan 21 años de edad o más. Tampoco se lleva a cabo si un hijo sobreviviente estaba ciego o discapacitado en el momento de la muerte de usted. Los costos recuperables incluyen:

- Ciertos servicios y apoyos a largo plazo de Washington Apple Health, si usted tiene 55 años de edad o más al momento de recibir los servicios;
- Ciertos servicios financiados solamente por el estado, sin importar su edad en el momento de recibirlos.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos en WAC 182-527-2742. Puede encontrar una lista de bienes excluidos de recuperación en WAC 182-527-2746.

El Estado también puede aplicar un gravamen a sus bienes inmuebles antes de su muerte, a cualquier edad, si usted es internado de manera permanente en una institución (WAC 182-527-2734). El Estado puede recuperar a través de la venta de los bienes, y de su patrimonio, a menos que:

- Su cónyuge viva en el inmueble;
- Su hermano o hermana viva en el inmueble, sea copropietario y cumpla ciertos requisitos.
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea ciego(a) o discapacitado(a); o
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea menor de 21 años de edad.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos mediante un gravamen previo al fallecimiento en WAC 182-527-2734.

Puede ser restringido a un proveedor de servicios de salud, farmacia y/u hospital, si solicita servicios de salud innecesarios a los proveedores.

Cosas que debe saber sólo para planes de salud calificados

Verificamos su información: Confirmamos la información de su solicitud con la base de datos federal. Si la información que escriba en su solicitud no coincide con la base de datos federal, tiene 95 días para entregar esos documentos. El incumplimiento de responder a nuestras solicitudes podría causar la cancelación de su cobertura o sus créditos fiscales. Es su responsabilidad responder a nuestra solicitud, contactarnos cuando tenga preguntas y responder antes de la fecha límite.

Número del Seguro Social (NSS): Usted debe proporcionarnos los números de seguro social de todos los miembros de su hogar que cuenten con él. Si alguien no tiene un número de seguro social, aún podría obtener cobertura de seguro de salud.

Informe los cambios en sus ingresos de inmediato: Los ingresos que escriba en su solicitud son una estimación de cuánto cree que ganará este año. Cuando sus ingresos cambien, debe modificar su estimación. Un cambio en sus ingresos puede cambiar su elegibilidad para recibir créditos fiscales, y eso cambiará sus deducibles y sus reducciones por costos compartidos. Sea lo más preciso posible al estimar sus ingresos e informe rápidamente sobre todos los cambios significativos.

Es necesario conciliar sus créditos fiscales: Debe informar al IRS sobre los créditos fiscales que reciba. Para hacerlo, debe presentar una declaración anual de impuestos al IRS e incluir los formularios correctos del IRS. El incumplimiento de informar sus créditos fiscales al IRS impedirá que reciba créditos fiscales en el futuro. Para ver más información, lea las instrucciones incluidas con los formularios 1095 y 8962 del IRS.

Los costos mostrados del seguro de salud pueden cambiar: Los costos pueden cambiar con base en las prácticas de suscripción de la aseguradora de salud y en su selección de las opciones disponibles.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Solicitud de cobertura de servicios de salud

PARTE 1

1

Nombre e información de contacto del solicitante principal

Nombre _____ Inicial del segundo nombre. _____ Apellido y sufijo _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/A)AAA _____ Número de seguro social (NSS)* _____ Sexo asignado al nacer M F

Firma del solicitante o representante autorizado _____

¿Tiene un domicilio? No Sí

Si contestó que no, ¿en qué condado desearía recibir sus servicios de salud?

Aun así debe incluir una dirección de correo.

Dirección en la que vive _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono principal _____ Número de teléfono secundario _____ Dirección de correo electrónico _____

Washington Healthplanfinder podría necesitar comunicarse con usted respecto al estatus de su solicitud o para pedirle información adicional. ¿Cómo prefiere que se comuniquen con usted? Teléfono Correo electrónico Correo postal

***La HCA no proporciona esta información a ninguna autoridad de inmigración para fines de aplicación de las leyes migratorias. Deje este espacio en blanco si no tiene un NSS.**

2

Información sobre idioma

¿Usted o alguna persona para la que está realizando la solicitud desea un intérprete y necesita recibir los documentos en un idioma diferente al inglés?

No Sí

Si contestó que sí, ¿qué idioma o formato alternativo necesita? Escriba todos los que correspondan: _____

¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud necesitan un documento en un formato alternativo? No Sí

Si contestó que sí, ¿qué formato alternativo debemos enviarle? Inglés con tipografía grande Braille



18001

3**Información sobre embarazos**

¿Alguna integrante del hogar está embarazada? No Sí

4**Información del representante autorizado**

1. Un representante autorizado (AREP) es un adulto que conoce bien las circunstancias del hogar y que ha sido autorizado por el hogar para actuar en su nombre para efectos de elegibilidad. Esto es diferente a asociarse con un orientador o un agente de seguros.
2. Si un solicitante no puede designar un representante autorizado (AREP), debido a una afección médica, una persona puede designarse a sí misma como representante autorizado (AREP) llenando el Formulario de Designación de Representante Autorizado (DSHS 14-532) en **dshs.wa.gov/authorized-rep-form**.
3. Al designar a un representante autorizado, usted otorga permiso a su representante autorizado para:
 - Firmar la solicitud en su nombre;
 - Recibir avisos relacionados con su solicitud y su cuenta; y
 - Actuar en su nombre para todas las cuestiones relacionadas con la solicitud y la cuenta.

a. Va a designar un representante autorizado? No Sí

b. ¿Desea que su representante autorizado también reciba avisos relacionados con su solicitud y su cuenta? No Sí

Nombre/organización del representante autorizado

Número de teléfono

Dirección postal del representante autorizado

Dirección de correo electrónico

5**Información sobre su familia**

Debe incluir a la siguientes personas en su solicitud: su cónyuge, sus hijos que vivan con usted, todos los padres que vivan en el hogar con sus hijos, y todas las personas que usted prevea incluir como dependientes en su declaración federal de impuestos, si la presenta. **Use las páginas 9 a 16 para proporcionar información sobre su familia.**

Si prevé que alguien más lo incluya a usted como dependiente en su declaración de impuestos, usted debe incluir a todos los miembros del hogar contribuyente que lo incluyan a usted y a los familiares que viven con usted.

Usted no necesita declarar impuestos para solicitar cobertura de servicios de salud.

6**Solicitante principal (usted mismo)**

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? No Sí

USTED MISMO

Relación con usted:

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano o nacional de EE. UU.

No ciudadano presente de manera legal en EE. UU.

Otro

Si no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

_____ Tipo de documento de inmigración:	_____ Número "A":	_____ Número de recibo u otro número:
_____ Número de pasaporte extranjero:	_____ País de emisión	
_____ Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA)	_____ Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA)	

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

- | | |
|---|--|
| Soltero(a) que declara impuestos | Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud |
| Jefe de familia | Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud |
| Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente | La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal |
| Casado declarando por separado: | |
| Casado declarando de manera conjunta: | |
| Nombre del contribuyente primario: _____ | |

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? No Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? No Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

- | | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------------------|------------|
| Indígena americano o nativo de Alaska | Filipino | Laosiano | Vietnamita |
| Indio asiático | Guameño | Otro isleño del Pacífico | Blanco |
| Negro o afroamericano | Hawaiano | Otra raza | |
| Camboyano | Japonés | Samoano | |
| Chino | Coreano | Tailandés | |

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- | | | |
|----------------------|--|--------------------|
| Cubano | Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano | No español/hispano |
| Otro español/hispano | Puertorriqueño | |

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? No Sí

Nombre _____ Inicial del segundo nombre. _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? No Sí Sexo asignado al nacer M F

Relación con usted (es decir, cónyuge, pareja doméstica, pareja)

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano o nacional de EE. UU. No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. Otro

Número del Seguro Social (NSS):

Si no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración: _____ Número "A": _____ Número de recibo u otro número: _____

Número de pasaporte extranjero: _____ País de emisión: _____

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA) _____ Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA) _____

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

Soltero(a) que declara impuestos Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud
 Jefe de familia Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud
 Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

Casado declarando por separado:

Casado declarando de manera conjunta:

Nombre del contribuyente primario: _____

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? No Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado: _____ **(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)**

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? No Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

Indígena americano o nativo de Alaska	Filipino	Laosiano	Vietnamita
Indio asiático	Guameño	Otro isleño del Pacífico	Blanco
Negro o afroamericano	Hawaiano	Otra raza	
Camboyano	Japonés	Samoano	
Chino	Coreano	Tailandés	

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

Cubano Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano No español/hispano
Otro español/hispano Puertorriqueño

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? No Sí

8

Escriba los datos de sus hijos / dependientes fiscales / otros miembros del hogar #1

Nombre Inicial del segundo nombre. Apellido Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? No Sí Sexo asignado al nacer M F

Parentesco con usted (por ejemplo, hijo(a), nieto(a), sobrina, sobrino, hermano(a))

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano o nacional de EE. UU. No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. Otro

Número del Seguro Social (NSS):

Si no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración: Número "A": Número de recibo u otro número:

Número de pasaporte extranjero: País de emisión:

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA) Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA)

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

- Soltero(a) que declara impuestos
- Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud
- Jefe de familia
- Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud
- Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente
- La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal
- Casado declarando por separado:
- Casado declarando de manera conjunta:

Nombre del contribuyente primario: _____

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? No Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? No Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

- | | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------------------|------------|
| Indígena americano o nativo de Alaska | Filipino | Laosiano | Vietnamita |
| Indio asiático | Guameño | Otro isleño del Pacífico | Blanco |
| Negro o afroamericano | Hawaiano | Otra raza | |
| Camboyano | Japonés | Samoano | |
| Chino | Coreano | Tailandés | |

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- Cubano
- Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano
- No español/hispano
- Otro español/hispano
- Puertorriqueño

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? No Sí

8 Escriba los datos de sus hijos / dependientes fiscales / otros miembros del hogar #2

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? No Sí Sexo asignado al nacer M F

Parentesco con usted (por ejemplo, hijo(a), nieto(a), sobrina, sobrino, hermano(a))

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano o nacional de EE. UU.

No ciudadano presente de manera legal en EE. UU.

Otro

Número del Seguro Social (NSS):

Si no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración:

Número "A":

Número de recibo u otro número:

Número de pasaporte extranjero:

País de emisión:

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA)

Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA)

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

Soltero(a) que declara impuestos

Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud

Jefe de familia

Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud

Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente

La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

Casado declarando por separado:

Casado declarando de manera conjunta:

Nombre del contribuyente primario: _____

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? No Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? No Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

Indígena americano o nativo de Alaska

Filipino

Laosiano

Vietnamita

Indio asiático

Guameño

Otro isleño del Pacífico

Blanco

Negro o afroamericano

Hawaiano

Otra raza

Camboyano

Japonés

Samoano

Chino

Coreano

Tailandés

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

Cubano

Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano

No español/hispano

Otro español/hispano

Puertorriqueño

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? No Sí

8

Escriba los datos de sus hijos / dependientes fiscales / otros miembros del hogar #3

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud?

No

Sí

Sexo asignado al nacer

M

F

Parentesco con usted (por ejemplo, hijo(a), nieto(a), sobrina, sobrino, hermano(a))

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadano o no ciudadano: (marque una)

Ciudadano o nacional de EE. UU.

No ciudadano presente de manera legal en EE. UU.

Otro

Número del Seguro Social (NSS):

Si no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración:

Número "A":

Número de recibo u otro número:

Número de pasaporte extranjero:

País de emisión:

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA)

Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA)

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

Soltero(a) que declara impuestos

Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud

Jefe de familia

Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud

Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente

La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

Casado declarando por separado:

Casado declarando de manera conjunta:

Nombre del contribuyente primario: _____

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual?

No

Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? No Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

- | | | | |
|---------------------------------------|----------|--------------------------|------------|
| Indígena americano o nativo de Alaska | Filipino | Laosiano | Vietnamita |
| Indio asiático | Guameño | Otro isleño del Pacífico | Blanco |
| Negro o afroamericano | Hawaiano | Otra raza | |
| Camboyano | Japonés | Samoano | |
| Chino | Coreano | Tailandés | |

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- | | | |
|----------------------|--|--------------------|
| Cubano | Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano | No español/hispano |
| Otro español/hispano | Puertorriqueño | |

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? No Sí

Para incluir a más miembros del hogar, anexe una hoja con la información solicitada de cada persona.

9

Información sobre su hogar

Información para indígenas americanos y nativos de Alaska

Los indígenas americanos y nativos de Alaska pueden ser elegibles para protecciones especiales de Apple Health y para beneficios especiales a través de Washington Healthplanfinder. Llene la tabla siguiente para cada persona incluida en la solicitud que tenga ascendencia de indígenas americanos o nativos de Alaska.

Nombre de la persona	Nombre de la tribu
Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;	
Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska	No Sí
Nombre de la persona	Nombre de la tribu
Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;	

Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska No Sí

Nombre de la persona

Nombre de la tribu

Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;

Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska No Sí

Nombre de la persona

Nombre de la tribu

Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;

Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska No Sí

Residencia

Un residente de Washington es alguien que reside actualmente en Washington, que tiene la intención de residir en Washington, incluyendo personas sin una dirección fija; o que ha ingresado al estado con una oferta de empleo o en busca de empleo.

¿Todos los que solicitan la cobertura de salud son residentes del estado de Washington? No Sí

Si contestó que no, escriba quienes no son residentes:

Consumo de tabaco

¿Alguno de los miembros del hogar que aparece en esta solicitud ha consumido regularmente productos de tabaco en los últimos 6 meses? No Sí

Si contestó que sí escriba su nombre:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Adulto discapacitado dependiente tributario

Un adulto discapacitado dependiente tributario es un individuo que no es capaz de conservar un empleo debido a una discapacidad y que depende para su sostén de un miembro del hogar.

¿Tiene usted algún hijo adulto que sea un dependiente discapacitado de 26 años de edad o más? No Sí

Si contestó que sí escriba su nombre:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Información sobre prisión y cárcel

1. ¿Está usted o alguna de las personas en la solicitud en la prisión o cárcel? No Sí

Si contestó que sí escriba su nombre:

2. ¿Está pendiente la resolución de los cargos? No Sí
3. ¿La fecha de liberación es antes de 30 días? No Sí

Registro de votantes

- Si no está registrado para votar en donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar su registro para votar?** No Sí

Si selecciona "Sí" se le enviará un formulario de registro como votante.

Hacer una solicitud para registrarse, o negarse a registrarse para votar, no afectará el monto de la asistencia que se le brindará, ni su elegibilidad.

Si desea recibir ayuda para llenar la solicitud de registro como votante, puede obtener asistencia en la línea sin costo de ayuda para registro de votantes de Washington, 1-800-448-4881. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar su solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o a negarse a registrarse para votar, o con su derecho a la privacidad al decidir si desea registrarse, puede presentar una denuncia ante la Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, por correo electrónico a elections@sos.wa.gov, o llamar al 1-800-448-4881.

Firma de los solicitantes del plan de salud calificado

ALTO: Usted podría ser elegible para cobertura gratuita o de bajo costo. Si no quiere que sus ingresos se tomen en cuenta y le gustaría inscribirse en un plan de salud calificado (QHP), firme abajo y entregue su solicitud- Usted pagará el costo total de su cobertura de salud y no tiene que contestar la parte 2 de la solicitud.

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades.

Al firmar esta solicitud usted acepta que Washington Healthplanfinder comparta su información con otras agencias estatales y federales.

Firma

Fecha

CONTINÚE: para solicitar Washington Apple Health (Medicaid) o créditos fiscales que reduzcan la prima de su seguro, debe contestar la parte 2 de esta solicitud.

PARTE 2

1

Información sobre el seguro de salud

¿Usted o alguno de los solicitantes tiene una cobertura de seguro de salud que no sea de Washington Apple Health (Medicaid o CHIP)?

(Algunos ejemplos son seguros privados o de empleadores, seguros con beneficios limitados, Medicare, de veteranos, del Cuerpo de Paz, Tri-Care y otros seguros) No Sí

Si contestó que sí, llene la información en la tabla que aparece a continuación. Si más de una persona tiene otro seguro, use hojas adicionales.

Nombre de la compañía de seguros o el empleador:

Número de póliza:

Número de grupo:

Nombre del titular de la póliza/empleado:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Escriba todos los miembros del hogar cubiertos bajo este plan:

Escriba todos los miembros cubiertos bajo este plan:

Escriba todos los miembros del hogar cubiertos bajo este plan

Escriba todos los miembros cubiertos bajo este plan:

Escriba todos los miembros del hogar cubiertos bajo este plan

Escriba todos los miembros cubiertos bajo este plan:

2

Seguro de salud para niños

Omita esta pregunta y vaya a la próxima sección (Información de facturas médicas no pagadas) si no va a solicitar cobertura para un menor.

¿Su seguro de salud cubre a sus hijos? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre del menor

¿Ha dejado la cobertura de seguro de salud de sus hijos menores de 19 años de edad, en los últimos cuatro meses? No Sí

Si contestó que sí, ¿cuándo terminó la cobertura?

3

Información de facturas médicas no pagadas

¿Usted o alguno de los solicitantes necesita ayuda para pagar facturas médicas no pagadas por servicios recibidos en alguno de los 3 meses inmediatamente previos al mes actual? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona:

Usted o un miembro de su familia pueden ser elegibles para cobertura limitada para emergencias incluso si no son elegibles para otra cobertura debido a su situación de inmigración.

Marque todas las casillas que se aplican a todas las personas que no tengan ciudadanía incluidas en su solicitud y escriba sus nombres en el espacio provisto

Ha recibido tratamiento por un trastorno médico de emergencia este mes o durante los tres meses anteriores:

Quién: _____

Necesita diálisis o tratamiento contra el cáncer: Quién: _____

Necesita medicamento contra el rechazo como resultado de un trasplante de órgano: Quién: _____

Necesita residencia para ancianos, vida asistida o atención en casa: Quién: _____

¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? No Sí (Utilice el segundo renglón si hay más de una persona embarazada). Si contestó que sí,

Escriba el nombre: Fecha esperada de parto: Cantidad esperada: _____

Escriba el nombre: Fecha esperada de parto: Cantidad esperada: _____

¿Usted o alguno de los miembros del hogar en esta solicitud estuvo embarazada en los últimos 12 meses? No Sí

(Utilice el segundo renglón si hay más de una persona embarazada). Si contestó que sí,

Escriba el nombre: Fecha en que terminó el embarazo: _____

Escriba el nombre: Fecha en que terminó el embarazo: _____

Esta sección nos ayuda a determinar el monto del ingreso bruto ajustado modificado del hogar (por sus siglas en inglés, "MAGI"). El ingreso MAGI debe usarse para determinar si es elegible para la mayoría de los programas de cobertura de servicios de salud. Conteste las siguientes preguntas para cada miembro de su hogar incluido en su solicitud con la mayor precisión posible. Sólo escriba la información referente al tipo de ingreso mencionado.

Deberá escribir la información de su ingreso mensual bruto actual, así como los de su cónyuge y de todos los menores y dependientes fiscales, sin importar la edad, a menos que el menor o dependiente fiscal no esté obligado a declarar impuestos. Para ver más información sobre cómo informar sus ingresos, visite wahbexchange.org/how-to-report-income

Nota: Los indígenas americanos y nativos de Alaska (IA/NA) no tienen que reportar ingresos IA/NA que el Servicio de Recaudación Interna excluya de los ingresos brutos imponibles de un IA/NA. Además, los IA/NA no tienen que reportar ciertos tipos de ingresos para Washington Apple Health (Medicaid) como se describe en WAC 182-509-0340.

Ingresos de un empleo: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud se encuentra empleado actualmente?

No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona empleada, nombre del empleador y el monto **actual** mensual bruto recibido en salarios, sueldos o ingresos por propinas. No escriba los ingresos por trabajo independiente en esta sección. Puede optar por proporcionar un promedio de sus ingresos si hay indicaciones claras de un cambio en el futuro. Estime un monto mensual calculando el promedio de sus ingresos a lo largo de un período de tiempo representativo, como se describe en WAC 182-509-0310.

Nombre de la persona empleada

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

\$. _____
Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

¿El empleador le ofreció un seguro de salud a esta persona? No Sí

Si contestó que sí, mencione a todos los miembros del hogar a los que se les ofreció seguro

\$. _____
¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir solamente al empleado?

\$. _____
Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir a su hogar?*

Nombre de la persona empleada

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

\$. _____
Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

¿El empleador le ofreció un seguro de salud a esta persona? No Sí

Si contestó que sí, mencione a todos los miembros del hogar a los que se les ofreció seguro

\$. _____

¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir solamente al empleado?

\$. _____

Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir a su hogar?*

Nombre de la persona empleada

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

\$. _____

Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

¿El empleador le ofreció un seguro de salud a esta persona? No Sí

Si contestó que sí, mencione a todos los miembros del hogar a los que se les ofreció seguro

\$. _____

¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir solamente al empleado?

\$. _____

Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir a su hogar?*

***Proporcione este dato incluso si no planea aceptar el seguro del empleador para otros miembros de su hogar. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para Apple Health.**

Ingresos por empleo independiente: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud tiene trabajo independiente?

No Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos netos estimados mensuales actuales (ganancias después de cubrir los gastos del negocio) del trabajo independiente. Consulte la página ii para ver los gastos de negocios permitidos. Puede optar por proporcionar un promedio de sus ingresos si hay indicaciones claras de un cambio en el futuro. Estime un monto mensual calculando el promedio de sus ingresos a lo largo de un período de tiempo representativo, como se describe en WAC 182-509-0370.

Nombre de la persona con empleo independiente

Nombre de la compañía (si la hay)

Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Nombre de la persona con empleo independiente

Nombre de la compañía (si la hay)

Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Nombre de la persona con empleo independiente

Nombre de la compañía (si la hay)

Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Ingreso del Seguro Social: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud recibe ingresos del Seguro Social? No Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos de la Administración del Seguro Social por jubilación, discapacidad beneficios para sobreviviente. No incluya los ingresos suplementarios del seguro social (SSI).

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)

Ingreso bruto mensual

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)

Ingreso bruto mensual

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)

Ingreso bruto mensual

Ingresos por alquileres: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud recibe ingresos por alquileres?

No Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos por alquilar bienes raíces o propiedades personales. Escriba los ingresos netos, después de los gastos deducibles de negocios.

Nombre de la persona que recibe ingresos

Nombre del inmueble (si tiene uno)

Ingreso neto mensual

Nombre de la persona que recibe ingresos

Nombre del inmueble (si tiene uno)

Ingreso neto mensual

Nombre de la persona que recibe ingresos

Nombre del inmueble (si tiene uno)

Ingreso neto mensual

Deberá escribir la información de su ingreso mensual bruto actual, así como los de su cónyuge y de todos los menores y dependientes fiscales, sin importar la edad, a menos que el menor o dependiente fiscal no esté obligado a declarar impuestos. Para ver más información sobre cómo informar sus ingresos, visite wahbexchange.org/how-to-report-income

Nota: Los indígenas americanos y nativos de Alaska (IA/NA) no tienen que reportar ingresos IA/NA que el Servicio de Recaudación Interna excluya de los ingresos brutos imposables de un IA/NA. Además, los IA/NA no tienen que reportar ciertos tipos de ingresos para Washington Apple Health (Medicaid) como se describe en WAC 182-509-0340.

Ingresos de un empleo: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud se encuentra empleado actualmente? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona empleada, nombre del empleador y el monto **actual** mensual bruto recibido en salarios, sueldos o ingresos por propinas. No escriba los ingresos por trabajo independiente en esta sección. Puede optar por proporcionar un promedio de sus ingresos si hay indicaciones claras de un cambio en el futuro. Estime un monto mensual calculando el promedio de sus ingresos a lo largo de un período de tiempo representativo, como se describe en WAC 182-509-0310.

Nombre de la persona empleada

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

Nombre de la persona empleada

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

Nombre de la persona empleada

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

Ingresos por empleo independiente: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud tiene trabajo independiente?

No Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos netos estimados mensuales actuales (ganancias después de cubrir los gastos del negocio) del trabajo independiente. Consulte la página ii para ver los gastos de negocios permitidos. Puede optar por proporcionar un promedio de sus ingresos si hay indicaciones claras de un cambio en el futuro. Estime un monto mensual calculando el promedio de sus ingresos a lo largo de un período de tiempo representativo, como se describe en WAC 182-509-0370.

Nombre de la persona con empleo independiente

Nombre de la compañía (si la hay)

Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Nombre de la persona con empleo independiente

Nombre de la compañía (si la hay)

Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Nombre de la persona con empleo independiente

Nombre de la compañía (si la hay)

Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Ingreso del Seguro Social: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud recibe ingresos del Seguro Social?

No Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos de la Administración del Seguro Social por jubilación, discapacidad beneficios para sobreviviente. No incluya los ingresos suplementarios del seguro social (SSI).

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)

Ingreso bruto mensual

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)

Ingreso bruto mensual

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)

Ingreso bruto mensual

Ingresos por alquileres: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud recibe ingresos por alquileres?

No Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos por alquilar bienes raíces o propiedades personales. Escriba los ingresos netos, después de los gastos deducibles de negocios.

Nombre de la persona que recibe ingresos

Nombre del inmueble (si tiene uno)

Ingreso neto mensual

Nombre de la persona que recibe ingresos

Nombre del inmueble (si tiene uno)

Ingreso neto mensual

Nombre de la persona que recibe ingresos

Nombre del inmueble (si tiene uno)

Ingreso neto mensual

7

Otros ingresos

No incluya manutención infantil ni pagos a veteranos distintos a la pensión. Marque todos los que correspondan e infórmenos quién lo recibe, qué cantidad recibe y con qué frecuencia la recibe.

Pensión de divorcio / Manutención conyugal

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Ingresos por anualidad o pensión

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Ganancias de capital

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Dividendos, acciones o valores

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Ingresos por agricultura

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Ingresos obtenidos en el extranjero

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Ingresos de un fideicomiso

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Ingresos por intereses

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Ingresos por una IRA

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Otros ingresos imponibles

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

Beneficios por jubilación de ferrocarriles

Quién: _____

\$: _____

Frecuencia: _____

	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Ingresos por regalías	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Ingresos tribales imposables	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Beneficios por desempleo	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____

¿Los miembros del hogar menores de 19 años o dependientes fiscales en esta solicitud alcanzarán el umbral necesario para obligarlos a presentar una declaración de impuestos federales para este año?

Nombre _____	No	Sí
Nombre _____	No	Sí
Nombre _____	No	Sí

8

Deducciones

Estos gastos pueden reducir los ingresos que tomamos en cuenta para algunos tipos de cobertura de cuidado de la salud, del mismo modo en que el IRS los usa para reducir la cantidad de impuestos que usted debe. Si decide no contestar, aún podría ser elegible para cobertura de servicios de salud gratuita o a bajo costo.

Pensión de divorcio / Manutención conyugal pagadas	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Ciertos gastos de negocios declarables	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Gastos de educador	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Aportaciones a cuentas de ahorros de salud	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Costos de mudanza para una mudanza militar oficial	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Sanciones por el retiro anticipado de ahorros	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____

	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Aportaciones antes de impuestos a cuentas para el retiro	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Seguro de salud para trabajo por cuenta propia	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Plan de jubilación de trabajo por cuenta propia	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Impuestos por trabajo por cuenta propia	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
Intereses sobre préstamos estudiantiles	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	\$: _____	Frecuencia: _____

9

Información complementaria

¿Alguno de los miembros que solicitan cobertura necesita alguno de estos servicios?

a. Servicios de atención a largo plazo debido a que actualmente está viviendo en una institución médica, o espera trasladarse a una, como una residencia para ancianos. No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

Tipo de institución: _____

b. Un cuidador en el hogar? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

c. Servicios de atención para vida asistida? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

d. Servicios a través de la División de Discapacidades del Desarrollo? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

e. Atención para pacientes terminales? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

f. Cobertura de servicios de salud porque están incapacitados para trabajar debido a un trastorno de salud o discapacidad? No Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la(s) persona(s): _____

Quizá tenga que llenar un formulario 18-005 de la HCA (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- Tiene 65 años de edad o más o está en Medicare.
- Usted contestó que sí a alguna de las preguntas de la a a la f anteriores.
- Usted solicita el programa para médicamente necesitados (MN) o el programa de Servicios de Salud para Trabajadores con Discapacidades (HWD).

10

Lea detenidamente antes de firmar

Divulgación de información a otras agencias estatales y federales:

Autorizo a Washington Healthplanfinder para que verifique electrónicamente la información de mi declaración de impuestos durante el proceso de renovación anual hasta por 5 años. Comprendo que puedo cambiar mi consentimiento en cualquier momento. Al marcar esta casilla, permito que se apliquen créditos fiscales a mi renovación anual sin necesidad de realizar alguna otra acción.

No Sí

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del folleto *Derechos y Responsabilidades del Cliente*.

11

Declaración y firma

Para solicitar Washington Apple Health (Medicaid) gratuito o de bajo costo, o créditos fiscales que reduzcan la prima de su seguro, debe firmar en la parte de abajo.

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionar es verdadera y correcta y está completa en la medida de mi conocimiento.

Firma

Fecha