



## **Application for Health Coverage and Help Paying Costs** **(Solicitud de cobertura médica y asistencia para abonar el costo)**

### **Utilice este formulario para averiguar el tipo de cobertura para el que califica**

- ◆ Planes de seguro médico privado y accesible que ofrecen cobertura médica integral
- ◆ Nuevo crédito fiscal que le ayudará a abonar las primas de la cobertura médica de inmediato
- ◆ Seguro gratuito o a bajo costo de Medicaid o del programa de seguro médico para niños (*Children's Health Insurance Program, CHIP*)

**Puede calificar para el programa gratuito o a bajo costo aunque gane \$94,000 por año (para una familia de 4 personas).**

### **¿Quiénes pueden utilizar este formulario de solicitud?**

- ◆ Utilice este formulario para solicitar cobertura médica para toda su familia.
- ◆ Presente la solicitud aunque usted y sus hijos ya tengan cobertura médica. Podría calificar para cobertura gratuita o más barata.
- ◆ Las familias que incluyan inmigrantes pueden presentar la solicitud. Puede solicitar cobertura para sus hijos aunque usted no califique para recibirla. La presentación de la solicitud no afectará su condición migratoria, ni su posibilidad de convertirse en residente permanente o de conseguir la ciudadanía.
- ◆ En el caso de que otra persona le ayude a completar este formulario, la misma tendrá que completar la Sección 6.

### **Presente la solicitud más rápido por Internet**

Presente la solicitud más rápido ingresando a: [dhsservices.iowa.gov](http://dhsservices.iowa.gov).

### **Qué necesita para presentar la solicitud**

- ◆ Números de Social Security (o los números de los documentos de los inmigrantes legales que necesiten seguro)
- ◆ Datos de los empleadores e ingresos de todos los integrantes de su grupo familiar (por ejemplo: recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones salariales e impositivas)
- ◆ Números de las pólizas actuales de seguro médico
- ◆ Información sobre cualquier tipo de seguro médico laboral que su familia tenga a su disposición

## ¿Por qué le solicitamos estos datos?

Le preguntamos sobre sus ingresos y otros datos para poder informarle para qué cobertura califica y si puede recibir asistencia para pagarla. **Toda la información que nos entregue será confidencial y reservada, como exige la ley.**

## ¿Qué debe hacer después?

Envíe la solicitud completa y firmada al domicilio que figura en la página 17. **En el caso de no tener toda la información que le solicitamos, firme y presente su solicitud de todos modos.** Nos comunicaremos con usted dentro de los próximos 30 días para darle instrucciones sobre los pasos a seguir. Recibirá instrucciones sobre los pasos a seguir para completar su cobertura médica. Si no recibe noticias dentro de los próximos 30 días, llame al Centro de Atención de DHS al teléfono **1-855-889-7985**. Completar esta solicitud no significa que tendrá obligación de contratar la cobertura de seguro médico.

## Consiga ayuda para completar la solicitud

- ◆ **Internet:** [dhsservices.iowa.gov](http://dhsservices.iowa.gov)
- ◆ **Por teléfono:** Llame a nuestro centro de ayuda al **1-855-889-7985**.
- ◆ **Personalmente:** Es posible que en su área de residencia haya asesores que pueden ayudarle. Visite nuestra página de Internet o llame al **1-855-889-7985** para obtener más información.
- ◆ **En Español:** Llame sin costo a nuestro centro de asistencia al **1-855-889-7985**.
- ◆ Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-855-889-7985** y dígame al representante de atención al cliente qué idioma necesita. Le conseguiremos un intérprete sin costo.
- ◆ Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2942**.

## Sección 1. Infórmenos sobre usted.

Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para la solicitud.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo			
Domicilio residencial (Si deja el espacio en blanco porque no tiene, debe darnos un domicilio postal debajo.)			Nº. de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente al domicilio residencial)			Nº. de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono		Otro teléfono	
¿Desea recibir información por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico:			
Idioma oral o escrito preferido (que no sea inglés)			

## Sección 2. Infórmenos sobre su familia.

### ¿A quién debe incluir en la solicitud?

Infórmenos sobre todos los familiares que viven con usted. Si presenta declaraciones impositivas, debemos saber qué personas figuran en su declaración de ingresos. (No es obligación presentar declaraciones impositivas para conseguir cobertura médica.)

#### DEBE incluir a:

- ◆ Usted
- ◆ Su cónyuge
- ◆ Sus hijos menores de 21 años que viven con Ud.
- ◆ Su concubino/a que necesita cobertura médica
- ◆ Su pareja de hecho (no casados) que vive con usted si tienen un hijo o hijos en común
- ◆ Todas las personas que figuran en su declaración de ingresos, aunque no vivan con usted
- ◆ Los menores de 21 años que estén a su cargo y vivan con usted

#### NO ES NECESARIO que incluya a:

- ◆ Su pareja que vive con usted y no necesita seguro médico, a menos que tengan hijos en común
- ◆ Los hijos de su concubino/a
- ◆ Sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de ingresos (si usted es menor de 21 años)
- ◆ Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de ingresos

El monto de la asistencia o el tipo de programa dependerá de la cantidad de personas en su familia y sus ingresos. Estos datos nos ayudan a garantizar que todas las personas reciban la mejor cobertura posible.

**Complete la Sección 2 para cada persona de su familia.** Comience con usted y después agregue a los adultos y a los niños. Si en su familia hay más de cinco personas, tendrá que fotocopiar las páginas y adjuntarlas. No es necesario que informe la condición inmigratoria o los números de Social Security (SSN) de los familiares que no necesitan cobertura médica. Toda la información que nos entregue será confidencial y reservada como lo exige la ley. Utilizaremos sus datos personales solo para confirmar que califica para cobertura médica.

## Sección 2. Persona 1 (comience con usted)

Complete la Sección 2 con sus datos, los de su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted? <b>YO</b>
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos con el fin de averiguar quién califica para recibir asistencia para abonar el costo de la cobertura médica. Si alguien necesita ayuda para conseguir el SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [www.socialsecurity.gov/](http://www.socialsecurity.gov/). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

### ¿Va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente la declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?  
**Si respondió sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?  
**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, indique el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su relación con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? ¿Cuál es la fecha probable del parto? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Se encuentra asignado/a a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿Necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. **Responda las siguientes preguntas.**  No. **Si respondió que no**, deje en blanco el resto de esta página y continúe en la página 3.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible?  
**Si respondió Sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.  
Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿Usted, su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

Sí  No ¿Es usted una persona adulta que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Sí  No ¿Vivía en un hogar sustituto cuando tenía 18 años de edad o más?

Sí  No Si usted tiene menos de 19 años de edad, ¿desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China

- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas

- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿usted:

- Cambió de empleo
- Dejó de trabajar
- Trabajó menos horas
- Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí  No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

<input type="checkbox"/> Ninguno	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantes	\$ _____		\$ _____

Tipo \_\_\_\_\_

## Sección 2. Persona 2

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 2 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

**Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la Persona 2 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 2 se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 2 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿La Persona 2 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 5.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 2 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 2 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

Sí  No ¿La Persona 2 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 2 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

### Responda las siguientes preguntas si la Persona 2 tiene 22 años o menos:

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió sí, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 2*:  
 Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Trabajó menos horas  Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_  
¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí  No  
Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

	Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 2* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 2*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

	Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantiles	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

## Sección 2. Persona 3

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 3 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

**Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la Persona 3 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 3 se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 3 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿La Persona 3 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 7.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición migratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 3 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 3 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

Sí  No ¿La Persona 3 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 3 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

### Responda las siguientes preguntas si la Persona 3 tiene 22 años o menos:

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió si, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?



Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
 Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 3*:  
 Cambió de empleo       Dejó de trabajar       Trabajó menos horas       Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí       No  
 Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

<input type="checkbox"/> Ninguno	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		
		Tipo	_____

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
 Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 3* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 3*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	Frecuencia	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantiles	\$ _____		Tipo	_____	

## Sección 2. Persona 4

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 4 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

**Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la Persona 4 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 4 se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 4 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿La Persona 4 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 9.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 4 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 4 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

Sí  No ¿La Persona 4 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 4 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

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

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió si, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 4*:  
 Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Trabajó menos horas  Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_  
¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí  No  
Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

	Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 4* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 4*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

	Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantiles	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

## Sección 2. Persona 5

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

**Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN.** Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

Sí  No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio:

### ¿La Persona 5 va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3.  No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

Sí  No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge?

**Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Sí  No 2. ¿Declarará personas dependientes?

**Si respondió sí**, indique sus nombres: \_\_\_\_\_

Sí  No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la Persona 5 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 5 se encuentra en prisión actualmente? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 5 se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: \_\_\_\_\_

### ¿La Persona 5 necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

Sí. Responda las siguientes preguntas.  No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 11.

Sí  No ¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?

Sí  No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

Sí  No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición migratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Nº. de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿La Persona 5 ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

Sí  No ¿La Persona 5 o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí  No ¿Es residente de Iowa?

Sí  No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

Sí  No ¿La Persona 5 es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

Sí  No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

Sí  No Si la Persona 5 tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

### Responda las siguientes preguntas si la Persona 5 tiene 22 años o menos:

Sí  No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió si, fecha: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

**Si es hispano/a o latino/a etnia:**

- Mexicano/a
- Mexicano/a estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Otra: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otras razas asiáticas
- Nativa de Hawái
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otras razas de islas del Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

**Información sobre empleo actual e ingresos:** Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

**Empleo actual 1:**

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

**Empleo actual 2:** Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador	Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 5*:  
 Cambió de empleo  Dejó de trabajar  Trabajó menos horas  Ninguno de los anteriores

**Empleo autónomo:** Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? \$ \_\_\_\_\_  
¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?  
 Sí  No  
Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? \$ \_\_\_\_\_

**Otros ingresos recibidos este mes:** Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income (SSI)*.

	Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto cultivos/pesca	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilaciones	\$ _____	<input type="checkbox"/> Neto rentas/regalías	\$ _____
<input type="checkbox"/> Social Security	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Planes de retiro	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual?  Sí  No  
Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

**Descuentos:** Si la *Persona 5* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 5*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

	Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Intereses préstamos estudiantes	\$ _____		

Tipo \_\_\_\_\_

### Sección 3. Miembros de la familia que son aborígenes estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)

Los aborígenes estadounidenses y los nativos de Alaska pueden recibir atención médica de *Indian Health Services*, programas médicos tribales o de programas médicos urbanos para aborígenes. Además, es posible que no deban pagar costos compartidos y que puedan obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas con el fin de que su familia reciba toda la asistencia posible.

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

Sí  No ¿Usted o alguien de su familia es aborigen estadounidense o nativo de Alaska?  
**Si respondió sí**, complete los siguientes datos. **Si respondió no**, vaya a la Sección 4.

**Persona 1 AI/AN:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

**Persona 2 AI/AN:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

**Persona 1 AI/AN:**

Sí  No ¿Es miembro de una tribu con reconocimiento federal? **Si respondió que sí**, nombre de la tribu:

**Persona 2 AI/AN:**

Sí  No

Sí  No ¿Alguna vez obtuvo servicios del *Indian Health Service*, de un programa médico tribal, o de un programa médico urbano para aborígenes, o a través de remisiones hechas por estos programas?

Sí  No

Sí  No **Si respondió no**, ¿es elegible para alguno de dichos servicios?

Sí  No

\$ \_\_\_\_\_  
Frecuencia \_\_\_\_\_  
Determinados ingresos no son contabilizables para Medicaid o *Children's Health Insurance Program* (CHIP). Indique todos los ingresos (importe y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de las siguientes fuentes:

\$ \_\_\_\_\_  
Frecuencia \_\_\_\_\_

- Pagos per cápita de una tribu, provenientes de recursos naturales, derecho de uso, alquileres o regalías.
- Pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías de tierras designadas como fideicomisos por el *Department of Interior* (incluso reservas y antiguas reservas).
- Dinero proveniente de la venta de artículos con valor cultural.

## Sección 4. La cobertura médica de su familia

Responda estas preguntas sobre todas las personas que necesiten cobertura médica.

Sí  No ¿Alguien está inscripto actualmente en cobertura médica de los siguientes programas? Si respondió sí, marque el tipo de cobertura y escriba sus nombres al lado de la cobertura que tienen.

Medicaid \_\_\_\_\_

CHIP \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (No marcar si tiene atención directa o en cumplimiento del deber) \_\_\_\_\_

Programas para Veteranos \_\_\_\_\_

Cuerpos de Paz \_\_\_\_\_

Seguro del empleador

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es cobertura COBRA?  Sí  No

¿Es un plan médico para jubilados?  Sí  No

Otra

Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza por accidentes en una escuela)?  Sí  No

Sí  No ¿Alguien se mudó a su hogar o se fue de su hogar durante los últimos tres meses?

**Si respondió que sí, responda las siguientes preguntas.**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Nº. de Social Security (SSN) \_\_\_\_\_

¿Parentesco con usted? \_\_\_\_\_

Fecha en que se mudó: \_\_\_\_\_

Fecha en que se fue: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿A alguna de las personas mencionadas en esta solicitud le ofrecieron cobertura médica en su empleo? Marque Sí aunque la cobertura provenga del empleo de otra persona, como sus padres o su cónyuge.

**Si respondió sí,** responda la siguiente pregunta y las preguntas de la Sección 5.

**Si respondió no,** continúe en la Sección 6.

Sí  No ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales?

## Sección 5. Cobertura médica a través de empleos

**No es necesario** responder estas preguntas a menos que algún miembro de la familia califique para cobertura médica en su empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura. Infórmenos sobre el **empleo** que ofrece cobertura.

**Datos del empleado.** El empleado debe completar esta sección.

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nº. de Social Security
---	------------------------

**Datos del empleador.** Pídale estos datos a su empleador.

Nombre del empleador	Nº. de identificación del empleador (EIN)	
Domicilio del empleador (Las notificaciones se enviarán a este domicilio)	Teléfono del empleador	
Ciudad	Estado	Código postal
¿Con quién podemos comunicarnos para averiguar sobre la cobertura médica laboral de este empleado?		
Teléfono (si es diferente al anterior)	Dirección de correo electrónico	

Sí  No ¿Califica actualmente para la cobertura que ofrece este empleador o será elegible en los próximos tres meses? **Si respondió sí**, complete los siguientes datos. **Si respondió no**, siga en la Sección 6.

Si está en el período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura?

Indique los nombres de las personas que califican para cobertura a través de este empleo.

**Plan médico.** Infórmenos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

Sí  No ¿El plan médico cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?  
Si respondió sí, ¿a quién cubre?  Cónyuge  Dependientes

Sí  No ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con la norma de valor mínimo\*?  
En el caso del plan de menor costo que cumpla con la norma de valor mínimo\* ofrecido **al empleado solamente** (no incluir planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, informe la prima que el empleado tendría que pagar en el caso de recibir el descuento máximo para programas para dejar de fumar y no recibiera otros descuentos basados en programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado por las primas de ese plan? \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?  Por semana  Cada dos semanas  Dos veces por mes  
 Una vez por mes  Por trimestre  Por año

\* Un plan médico laboral cumple con "la norma de valor mínimo" si la proporción del costo total de las prestaciones cubiertas por el plan no es inferior al 60% de dicho costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario (*Internal Revenue Code*) de 1986)

**Cambios del empleador.** ¿Qué cambios introducirá el empleador para el próximo plan anual (si sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica  
 El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo sólo para los empleados que cumplan con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento por los programas de salud.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado por las primas de ese plan? \$ \_\_\_\_\_

Frecuencia  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces por mes  Trimestral  Anual

Fecha del cambio: \_\_\_\_\_



## Sección 6. Ayuda para completar este formulario de solicitud

### Puede elegir a un representante autorizado.

Puede darle permiso a una persona de su confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea sus datos y actúe como su representante en los asuntos relacionados con esta solicitud, incluso para conseguir información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. A dicha persona la llamamos “representante autorizado”. Avísenos si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado. Si usted representa legalmente a alguna de las personas que figuran en esta solicitud, presente el comprobante junto con la solicitud.

Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Domicilio		Nº de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		
Nombre de la organización		Nº. de ID (si corresponde)

Por medio de su firma, autoriza a esta persona a firmar su solicitud, a obtener información oficial sobre esta solicitud y a actuar en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

**NOTA:** Su firma aquí no significa que ha terminado de completar la solicitud. **Debe** firmar y escribir la fecha en la página 17 para completar la solicitud.

Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
----------	--------------------

---

---

### Solo para asesores, navegadores, agentes y corredores acreditados.

Complete esta sección si usted es un asesor, navegador, agente o corredor acreditado para completar esta solicitud en representación de otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo	
Nombre de la organización	Nº. de ID (si corresponde)

## Sección 7. Lea y firme este formulario de solicitud

- ◆ Al firmar esta solicitud, usted autoriza a DHS a compartir sus registros médicos y otros documentos sobre atención médica con funcionarios federales y estatales.
- ◆ Al firmar esta solicitud, usted autoriza a su prestador de servicios médicos a compartir:
  - Su historia clínica con una HMO, PHP u otros prestadores de atención médica gestionada.
  - Información con la unidad de servicios médicos IME con el fin de certificar la necesidad de tratamiento médico para ciertos programas y servicios de asistencia médica.Acepto asignar pagos realizados por terceros a Medicaid en mi nombre y en el de otras personas que sean elegibles para Medicaid y para quienes estoy legalmente autorizado a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de terceros para servicios médicos.
- ◆ Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de cometer perjurio y dar falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, inclusive los datos provistos sobre la ciudadanía y la condición migratoria de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar para los que solicito beneficios. Es de mi conocimiento que en el caso de presentar información falsa o ficticia estaré sujeto a sanciones bajo la ley federal.
- ◆ Es de mi conocimiento que debo informar al centro telefónico de *Income Maintenance* si algo cambia y es diferente a lo que escribí en esta solicitud. Debo llamar al **1-877-347-5678** para informar dichos cambios. Entiendo que dichos cambios podrían afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- ◆ Es de mi conocimiento que, conforme a la ley federal, se prohíbe cualquier tipo de discriminación con respecto a raza, color, país de origen, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género y discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- ◆ Entiendo que puedo descargar mis Derechos y Responsabilidades por Internet en <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm233S.pdf> o que puedo llamar al centro de contactos de DHS al **1-855-889-7985**.

Necesitamos estos datos para verificar su elegibilidad para recibir asistencia con el fin de abonar la cobertura médica si decide solicitarla. Verificaremos sus respuestas utilizando nuestras bases de datos informáticas y las bases de datos de *Internal Revenue Service (IRS)*, *Social Security Administration*, *Department of Homeland Security*, y de otras agencias que suministran informes crediticios. En el caso de que los datos no coincidan, le pediremos que nos envíe comprobantes.

### En el caso de que alguna de las personas mencionadas en esta solicitud califique para Medicaid

- ◆ Le cedo a la agencia Medicaid nuestro derecho a reclamar y recibir dinero de otros seguros médicos, acuerdos judiciales y terceros. Además, le cedo a la agencia Medicaid el derecho a reclamar y conseguir manutención de cónyuges o progenitores para atención médica.
- ◆ ¿Alguno de los padres de los niños mencionados no viven en el mismo hogar?  Sí  No
- ◆ Si la respuesta anterior es afirmativa, es de mi conocimiento que me pedirán que coopere con la agencia encargada de cobrarle manutención para atención médica al padre ausente. En el caso de creer que eso me perjudicaría a mí y a mis hijos, puedo informárselo a Medicaid y no tendría que cooperar.

### Mi derecho a apelar

Usted, o la persona que le ayuda, podrán solicitar una audiencia de apelación si no está de acuerdo con la acción tomada en su caso. Debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, elija **una** de las siguientes maneras:

- Complete el formulario de apelación por Internet en: <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, **o**
- Escriba una carta explicándonos por qué cree que la decisión es incorrecta, **o**
- Llene el formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia ("*Appeal and Request for Hearing*"). Puede conseguirlo en la oficina DHS de su condado.

Envíe o lleve el formulario de apelación a: *Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114*. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina DHS de su condado.

Puede representarse usted mismo o ser representado por un amigo, un familiar, un abogado o cualquier otra persona que actúe en su representación.

Si necesita servicios legales, comuníquese con la oficina DHS de su condado. Es posible que deba pagar por dichos servicios. En tal caso, el costo será proporcional a sus ingresos. Además, puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el Condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

### Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Podemos verificar electrónicamente los datos sobre sus ingresos y sus declaraciones impositivas con el fin de facilitar la determinación de su elegibilidad para cobertura médica en el futuro. Además, puede cambiar de opinión y no dar su autorización para que Department of Human Services verifique dichos datos.

¿Desea que sus datos sean verificados y utilizados para renovar su elegibilidad automáticamente en el futuro?

Sí, autorizo que mi elegibilidad sea renovada automáticamente.

¿Por cuánto tiempo?  5 años  4 años  3 años  2 años  1 año

No, no autorizo que se utilice información de mis declaraciones impositivas para renovar mi cobertura.

### Programa de cobro a través del patrimonio sucesorio (*Estate Recovery*)

La ley federal dispone que Iowa debe tener un programa de cobro a través del patrimonio sucesorio. Si recibe Medicaid, puede estar sujeto a cobro a través de su patrimonio. Esto quiere decir que los fondos de Medicaid que se utilizaron para pagar su atención médica, incluso las cuotas mensuales que se pagaron a una organización de atención médica administrada (MCO), deberán ser reintegrados con sus bienes después de su fallecimiento. El cobro a través del patrimonio sucesorio es aplicable si recibe Medicaid y si:

- Tiene 55 años de edad o más, o
- Es menor de 55 años, vive en una institución médica y es muy probable que no pueda regresar a su hogar.

Para obtener más información, llame al Programa *Estate Recovery* de Iowa Medicaid al 1-877-463-7887, o por Internet: <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf> (En inglés) o <http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf> (En español).

### Firme esta solicitud

La persona que completó la Sección 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando haya completado la Sección 6.

Acepto y autorizo que mis datos personales sean utilizados y recuperados de fuentes de datos con el fin de tramitar mi solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas que nombraré en la solicitud para que sus datos personales sean utilizados y recuperados de fuentes de datos con el fin de tramitar esta solicitud.

**Certifico bajo pena de cometer perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.**

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

### Sección 8. Envíe la solicitud por correo

Envíe la solicitud firmada por correo a:

Imaging Center 4  
PO Box 2027  
Cedar Rapids, Iowa 52406

Si desea registrarse para votar, puede completar el formulario de registro en:  
<http://sos.iowa.gov/elections/pdf/voteapp.pdf>





**Appendix A**  
**Application for Health Coverage**  
**(Apéndice A Solicitud para cobertura médica)**

**Complete esta sección si usted o alguien en su grupo familiar es adulto mayor (65 o más años), ciego o discapacitado.**

Por favor indique si usted o alguien en su grupo familiar necesita cualquiera de las siguientes coberturas:

- Ayuda para pagar los costos de su centro (enfermería, hospital, PMIC, etc.)
- Servicios para permanecer en su casa (HCBS exenciones, PACE)
- Ayuda para pagar las primas de Medicare
- State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria) (centro de cuidado residencial, cuidados relacionados con la salud a domicilio, persona dependiente)
- Otro

**POR FAVOR PROVEA VERIFICACIÓN DE TODOS LOS PUNTOS QUE MARQUE ABAJO (copias, no originales)**

1. **Ingreso** – Infórmenos sobre cualquier fuente de ingreso adicional de cada persona en su grupo familiar; por ejemplo, manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad del pulmón negro, ferroviario, Supplemental Security Income (SSI) (Ingreso de Seguro Suplementario), compensación del trabajador, intereses, pensión alimenticia y dividendos, etc.

Nombre de la persona con ingreso	Tipo de ingreso	Monto	¿Cada cuánto tiempo recibe el pago?

2. **Recursos** – Infórmenos todos los recursos de cada persona en su grupo familiar, incluidos el dinero disponible, cuentas de cheques y ahorros, acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, plan 401ks, IRAs, CDs, etc.

Nombre del propietario del recurso	Tipo de recurso	Nombre/Ubicación de la institución financiera	Cuenta	Valor actual

3. **Vehículos motorizados** – Infórmenos sobre todos los vehículos de cada persona en su grupo familiar, incluso si el vehículo no estuviera en buenas condiciones de funcionamiento.

Propietario	Año/Marca/Modelo	Valor justo de mercado	Monto adeudado

4. **Gastos médicos insatisfechos** – Infórmenos sobre todos los gastos médicos (correspondientes a cada una de las personas en su grupo familiar) que no son reembolsados por terceros.

Nombre de la persona con gastos médicos insatisfechos	Tipo de gasto médico	Monto	¿Cada cuánto tiempo incurre en este gasto?

5. **Entierro/Funeral** – Infórmenos sobre todos los nichos de cementerio, fondos para entierro o funeral, o contratos de entierro de cada persona en su grupo familiar.

Tipo	Ubicación	Cuántos/ Para quiénes	Valor actual

6. **Seguro de vida** – Infórmenos sobre todas las pólizas de seguro de vida de propiedad de cada persona en su grupo familiar.

Propietario de la póliza	Nombre y dirección de la compañía	N.º de póliza

7. **Propiedad** – Infórmenos sobre todas las propiedades de cada persona en su grupo familiar, incluida su casa (la casa donde usted vive) y otros bienes inmuebles (otras propiedades; por ejemplo, casa de vacaciones, casa para el alquiler, terreno sin construir, edificios, etc.).

Dueño de la propiedad	Dirección de la propiedad	Valor de la propiedad

8. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene el dominio vitalicio de algún bien?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_
9. ¿Usted o cualquiera persona en su grupo familiar tiene un fideicomiso?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_
10. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar nunca ha aceptado una herencia en los últimos cinco años?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_
11. ¿Usted o cualquiera en su grupo familiar transfirió, vendió o donó recursos por menos de su valor en los últimos cinco años?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, quién/qué: \_\_\_\_\_  
 Fecha en que ocurrió: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
12. ¿Alguien de los que solicita beneficios vive en una institución médica (enfermería, hospital, PMIC, etc.)?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Nombre del centro: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_
13. ¿Usted o alguien en su grupo familiar recibe seguro para cuidados a largo plazo?  Sí  No  
 Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_
14. Si actualmente vive en una institución médica y es propietario de una casa, ¿pretende volver a su casa?  Sí  No
15. ¿Alguien en su grupo familiar que esté solicitando tiene algún trámite pendiente del beneficio por Discapacidad del Seguro Social?  Sí  No  
 Si la respuesta es sí, quién: \_\_\_\_\_

**Para acelerar el procesamiento de su solicitud**, puede proveer verificación de lo siguiente con su solicitud. Si no presenta la verificación con su solicitud, recibirá una carta que indicará lo que necesitamos antes de procesar su solicitud.

Para cualquier persona que solicite y no sea ciudadano estadounidense:

- **Estatus migratorio**  
Tarjeta de identificación de extranjero (tarjeta verde, I-551, I-94), visa, pasaporte, o documentos del Servicio de Inmigraciones

Envíe verificación de aquellos que:

- **Trabajan**  
Talones de cheques de los últimos 30 días o una declaración escrita de las ganancias de su empleador si no tuviera los talones de cheques.
- **Son empleados por cuenta propia**  
La declaración de impuestos más reciente y todas las planillas relacionadas o registros del negocio si no presentó la declaración de impuestos.
- **Reciben otro ingreso**  
(Esto incluye manutención de menores, pagos de veterano de la guerra, enfermedad de pulmón negro, ferroviario, compensación del trabajador, intereses y dividendos, dinero recibido de amigos o parientes, pensión, etc.) Una declaración de la persona o compañía que emite el ingreso, copia de los cheques (que muestren el monto de ingreso bruto), carta de otorgamiento de beneficio, formularios de impuestos, orden de la corte, u otros documentos de los últimos 30 días o el más reciente recibido.

Envíe la verificación en el caso de cualquiera que tenga 19 o más años:

- **Cuentas bancarias**  
Estados de cuenta recientes o una declaración escrita del banco donde se indique el saldo o valor actual de las cuentas.
- **Propiedad**  
Estado de cuenta de impuestos de la propiedad. Incluya documentos que muestren el monto adeudado contra la propiedad.
- **Contratos de entierro/funeral**  
Contrato de entierro y declaración de bienes y servicios de la compañía o funeraria que tiene el contrato.
- **Otros recursos**  
Incluye acciones, bonos, fondos mutuos, anualidades, valores en caja fuerte, 401ks, IRAs, CDs, vehículos, etc.
- **Pólizas de seguro de vida**  
Valor nominal y en efectivo, bonos, anualidades, fideicomisos, declaraciones de propiedad de acciones, u otros documentos que muestren el valor de los activos. Incluya documentos que muestren el saldo actual de los préstamos contra los activos.
- **Gastos médicos insatisfechos**  
Facturas médicas, facturas de farmacia, transporte médico.

***Envíe copias de los comprobantes. No envíe sus documentos originales.***



**Addendum to Application and Review Forms for Release of Information**  
**(Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información)**

**Divulgación de Información OPCIONAL**

**¡Ayúdenos a ayudarle!**

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle, y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

**Debe saber que:**

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia del mismo a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

**Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria.**

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
**(Release of Information)**

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.  
(I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.  
(A copy of this release is as valid as the original.)

Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud.  
(This release does not apply to protected health information.)

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.  
(This release is good for 12 months from the date signed.)

\_\_\_\_\_  
Su nombre (en imprenta legible)  
(Your Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Nombre de otro adulto (en imprenta legible)  
(Other Adult Name – please print clearly)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca  
(Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Firma o marca  
(Signature or Mark)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
(Date)