Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

March 27, 2015

GENERAL LETTER NO. 6-AP-114

ISSUED BY: Bureau of Financial, Health and Work Supports
Division of Adult, Children and Family Services

SUBJECT: Employees' Manual, Title 6, ***INCOME MAINTENANCE PROGRAMS APPENDIX***, page 460, revised; and the following forms:

470-5170	*Application for Health Coverage and Help Paying Costs*, revised
470-5170(S)	*Application for Health Coverage and Help Paying Costs* (Spanish), revised
RC-0033	*Desk Aid*, revised
RC-0130	*Desk Aid for MAGI, MIYA, IHAWP, and* ***hawk-i***, revised

Summary

This chapter is revised to:

- Change form 470-5170, *Application for Health Coverage and Help Paying Costs*, and its Spanish translation, form 470-5170(S), to:
  - Update and clarify the federal definition of "minimum value standard."
  - Clarify questions regarding the health plan.
  - Add questions to ask if a person is under age 19, does the person want help with child support.
- Change RC-0033, *Desk Aid*, to:
  - Update the income limits effective March 1, 2015.
  - Remove the sections on FMAP, FMAP-related, and Mothers and Children (MAC) Medicaid.
- Update the monthly income limits on RC-0130, *Desk Aid for MAGI, MIYA, IHAWP, and* ***hawk-i***.

Effective Date

Immediately.

Material Superseded

This material replaces the following pages from Employees' Manual, Title 6, Appendix:

Page	Date
460	October 24, 2014
470-5170	12/14
470-5170(S)	12/14
RC-0033	1/15
RC-0130	9/14

Additional Information

Destroy existing supplies of forms 470-5170 and 470-5170(S), dated 12/14. Order supplies of form 470-5170, dated 2/15, from Anamosa in the usual manner. Print or photocopy supplies of the Spanish version from the sample in the manual. DHS staff may also complete these forms on line using the templates on the DHS Intranet eForms web page.

Refer questions about this general letter to your area income maintenance administrator.

Iowa Department of Human Services

Application for Health Coverage and Help Paying Costs

Use this application to see what coverage choices you qualify for

- Affordable private health insurance plans that offer comprehensive coverage to help you stay well
- A new tax credit that can immediately help pay your premiums for health coverage
- Free or low-cost insurance from Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP)

You may qualify for a free or low-cost program even if you earn as much as $94,000 a year (for a family of 4).

Who can use this application?

- Use this application to apply for anyone in your family.
- Apply even if you or your child already has health coverage. You could be eligible for lower-cost or free coverage.
- Families that include immigrants can apply. You can apply for your child even if you aren't eligible for coverage. Applying won't affect your immigration status or chances of becoming a permanent resident or citizen.
- If someone is helping you fill out this application, you may need to complete Step 6.

Apply faster online

Apply faster online at dhsservices.iowa.gov.

What you may need to apply

- Social Security Numbers (or document numbers for any legal immigrants who need insurance)
- Employer and income information for everyone in your family (for example, from paystubs, W-2 forms, or wage and tax statements)
- Policy numbers for any current health insurance
- Information about any job-related health insurance available to your family

Why do we ask for this information?

We ask about income and other information to let you know what coverage you qualify for and if you can get any help paying for it. **We'll keep all the information you provide private and secure, as required by law.**

What happens next?

Send your complete, signed application to the address on page 11. **If you don't have all the information we ask for, sign and submit your application anyway.** We'll follow-up with you within 30 days. You'll get instructions on the next steps to complete your health coverage. If you don't hear from us within 30 days, call the DHS Contact Center at **1-855-889-7985**. Filling out this application doesn't mean you have to buy health coverage.

Get help with this application

- **Online:** dhsservices.iowa.gov
- **Phone:** Call our Help Center at **1-855-889-7985**.
- **In person:** There may be counselors in your area who can help. Visit our website or call **1-855-889-7985** for more information.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-889-7985**.
- If you need help in a language other than English, call **1-855-889-7985** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you.
- TTY users should call **1-800-735-2942**.

Step 1. Tell us about yourself.

We need one adult in the family to be the contact person for your application.

First name, middle name, last name, and suffix			
Home address (If you leave blank because you don't have one, you must give us a mailing address below.)			Apartment or suite number
City	State	ZIP code	County
Mailing address (if different from home address)			Apartment or suite number
City	State	ZIP code	County
Phone number		Other phone number	
Do you want to get information about this application by email? ☐ Yes ☐ No Email address:			
Preferred spoken or written language (if not English)			

Step 2. Tell us about your family.

Who do you need to include on this application?

Tell us about all the family members who live with you. If you file taxes, we need to know about everyone on your tax return. (You don't need to file taxes to get health coverage.)

DO include:

- Yourself
- Your spouse
- Your children under 21 who live with you
- Your unmarried partner who needs health coverage
- Anyone you include on your tax return, even if they don't live with you
- Anyone else under 21 who you take care of and lives with you

You DON'T have to include:

- Your unmarried partner who doesn't need health coverage
- Your unmarried partner's children
- Your parents who live with you, but file their own tax return (if you're over 21)
- Other adult relatives who file their own tax return

The amount of assistance or type of program you qualify for depends on the number of people in your family and their incomes. This information helps us make sure everyone gets the best coverage they can.

Complete Step 2 for each person in your family. Start with yourself, then add other adults and children. If you have more than two people in your family, you'll need to make a copy of the pages and attach them. You don't need to provide immigration status or a Social Security Number (SSN) for family members who don't need health coverage. We'll keep all the information you provide private and secure as required by law. We'll use personal information only to check if you're eligible for health coverage.

Step 2. Person 1 (start with yourself)

Complete Step 2 for yourself, your spouse or partner and children who live with you and anyone on your same federal income tax return if you file one. See page 1 for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

First name, middle name, last name, and suffix		Relationship to you? **SELF**
Date of birth (mm/dd/yyyy)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Social Security Number (SSN)

We need your SSN if you want health coverage and have a SSN. Providing your SSN can be helpful if you don't want health coverage too since it can speed up the application process. We use SSNs to check income and other information to see who's eligible for help with health coverage costs. If someone wants help getting an SSN, call 1-800-772-1213 or visit www.socialsecurity.gov/. TTY users should call 1-800-325-0778.

Do you plan to file a federal income tax return NEXT YEAR?

(You can still apply for health insurance even if you don't file a federal income tax return.)

☐ Yes. **If yes**, please answer questions 1-3. ☐ No. **If no**, skip to question 3.

☐ Yes ☐ No 1. Will you file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will you claim any dependents on your tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will you be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How are you related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Are you pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? What is the due date? _____

Do you need health coverage?

(Even if you have insurance, there might be a program with better coverage or lower costs.)

☐ Yes. **If yes**, answer all the questions below. ☐ No. **If no**, skip to the income questions on page 3. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Do you have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.) or live in a medical facility or nursing home?

☐ Yes ☐ No Are you a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If you aren't a U.S. citizen or U.S. national, do you have eligible immigration status?

If yes, fill in your document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Have you lived in the U.S. since 1996?

☐ Yes ☐ No Are you or your spouse or parent a veteran or an active-duty member of the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Are you a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Do you want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Do you live with at least one child under the age of 19, and are you the main person taking care of this child?

☐ Yes ☐ No Are you a full-time student?

☐ Yes ☐ No Were you in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If you are under age 19, do you want help with child support?

The following ethnicity and race questions are optional. Check all that apply.

If Hispanic or Latino, ethnicity:

- ☐ Mexican
- ☐ Mexican American
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Cuban
- ☐ Other: _____

Race:

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Vietnamese
- ☐ Other Asian
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Other: _____

Current Job and Income Information: You must tell us about the income of the people in your household. If someone has more than one job, tell us about all jobs. If you leave a space blank, we will assume that you have no income of this kind.

☐ **Employed.** If you're currently employed, tell us about your income. Start with **Current Job 1**.

☐ **Not employed.** Skip to the **Other Income This Month** section.

☐ **Self-employed.** Skip to the **Self-Employment** section.

Current Job 1:

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each week:

Current Job 2: If you have more jobs and need more space, attach another sheet of paper.

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each week:

In the past year, did you: ☐ Change jobs ☐ Stop working ☐ Start working fewer hours ☐ None of these

Self-Employment: If self-employed, answer the following questions.

Type of work _____

How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $ _____

Other Income This Month: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. **NOTE:** You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

		How often?			How often?
☐ None					
☐ Unemployment	$ _____	_____	☐ Alimony received	$ _____	_____
☐ Pensions	$ _____	_____	☐ Net farming/fishing	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Net rental/royalty	$ _____	_____
☐ Retirement accounts	$ _____	_____	☐ Other income Type _____	$ _____	_____

Deductions: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. If you pay for certain things that can be deducted on a federal income tax return, telling us about them could make the cost of health coverage a little lower. **NOTE:** You shouldn't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

		How often?			How often?
☐ Alimony paid	$ _____	_____	☐ Other deductions	$ _____	_____
☐ Student loan interest	$ _____	_____	Type _____		

Yearly Income: Complete only if your income changes from month to month. If you don't expect changes to your monthly income, skip to the next person.

Your total income **this year** **$**	Your total income **next year** (if you think it will be different) **$**

Step 2. Person 2

Complete Step 2 for your spouse or partner and children who live with you and anyone on your same federal income tax return if you file one. See Page 1 for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

First name, middle name, last name, and suffix		Relationship to you?
Date of birth (mm/dd/yyyy)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Social Security Number (SSN)

We need your SSN if you want health coverage and have a SSN. Providing your SSN can be helpful if you don't want health coverage too since it can speed up the application process.

☐ Yes ☐ No Does *Person 2* live at the same address as you? **If no**, list address: _____

Does *Person 2* plan to file a federal income tax return NEXT YEAR?

(You can still apply for health insurance even if you don't file a federal income tax return.)

☐ Yes. **If yes**, please answer questions 1-3. ☐ No. **If no**, skip to question 3.

☐ Yes ☐ No 1. Will *Person 2* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 2* claim any dependents on *Person 2's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will *Person 2* be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How is *Person 2* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

Does *Person 2* need health coverage?

(Even if they have insurance, there might be a program with better coverage or lower costs.)

☐ Yes. **If yes**, answer all the questions below. ☐ No. **If no**, skip to the income questions on page 5. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 2* have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.) or live in a medical facility or nursing home?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 2* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 2* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 2* lived in the U.S. since 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* or their spouse or parent a veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 2* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Does *Person 2* live with at least one child under the age of 19, and is *Person 2* the main person taking care of this child?

☐ Yes ☐ No Was *Person 2* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 2* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 2* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 2* have insurance through a job and lose it within the past three months?

If yes, end date: _____ Reason insurance ended: _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* a full-time student?

The following ethnicity and race questions are optional. Check all that apply.

If Hispanic or Latino, ethnicity:

- ☐ Mexican
- ☐ Mexican American
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Cuban
- ☐ Other: _____

Race:

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Vietnamese
- ☐ Other Asian
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Other: _____

Current Job and Income Information: You must tell us about the income of the people in your household. If someone has more than one job, tell us about all jobs. If you leave a space blank, we will assume that you have no income of this kind.

- ☐ **Employed.** If you're currently employed, tell us about your income. Start with **Current Job 1**.
- ☐ **Not employed.** Skip to the **Other Income This Month** section.
- ☐ **Self-employed.** Skip to the **Self-Employment** section.

Current Job 1:

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each week:

Current Job 2: If you have more jobs and need more space, attach another sheet of paper.

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each week:

In the past year, did *Person 2*:

☐ Change jobs ☐ Stop working ☐ Start working fewer hours ☐ None of these

Self-Employment: If self-employed, answer the following questions.

Type of work _____

How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $ _____

Other Income This Month: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. **NOTE:** You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None

		How often?			How often?
☐ Unemployment	$ _____	_____	☐ Alimony received	$ _____	_____
☐ Pensions	$ _____	_____	☐ Net farming/fishing	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Net rental/royalty	$ _____	_____
☐ Retirement accounts	$ _____	_____	☐ Other income Type _____	$ _____	_____

Deductions: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. If *Person 2* pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, telling us about them could make the cost of health coverage a little lower. **NOTE:** You shouldn't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

		How often?			How often?
☐ Alimony paid	$ _____	_____	☐ Other deductions	$ _____	_____
☐ Student loan interest	$ _____	_____	Type _____		

Yearly Income: Complete only if *Person 2's* income changes from month to month. If you don't expect changes to *Person 2's* (pages 4 and 5) monthly income, don't complete.

Person 2's total income **this year**	*Person 2's* total income **next year** (if you think it will be different)
$	**$**

Step 3. American Indian or Alaska Native (AI/AN) Family Members

American Indians and Alaska Natives can get services from the Indian Health Services, tribal health programs, or urban Indian health programs. They also may not have to pay cost sharing and may get special monthly enrollment periods. Answer the following questions to make sure your family gets the most help possible.

NOTE: If you have more people to include, make a copy of this page and attach.

☐ Yes ☐ No Are you or is anyone in your family an American Indian or Alaska Native?
If yes, fill in the information below. **If no**, skip to Step 4.

AI/AN Person 1:	**AI/AN Person 2:**
Name (first, middle, last)	Name (first, middle, last)

AI/AN Person 1:		**AI/AN Person 2:**
☐ Yes ☐ No	Member of a federally recognized tribe? **If yes**, tribe name:	☐ Yes ☐ No
☐ Yes ☐ No	Has this person ever gotten a service from the Indian Health Service, a tribal health program, or urban Indian health program or through a referral from one of these programs?	☐ Yes ☐ No
☐ Yes ☐ No	**If no**, is this person eligible to get any of these services?	☐ Yes ☐ No
$ How often?	Certain money received may not be counted for Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP). List any income (amount and how often) reported on your application that includes money from these sources:	$ How often?

- Per capita payments from a tribe that come from natural resources, usage rights, leases, or royalties.
- Payments from natural resources, farming, ranching, fishing, leases, or royalties from land designated as Indian trust land by the Department of Interior (including reservations and former reservations).
- Money from selling things that have cultural significance.

Step 4. Your Family's Health Coverage

Answer these questions for anyone who needs health coverage.

☐ Yes ☐ No Is anyone enrolled in health coverage now from the following? **If yes**, check the type of coverage and write the persons' names next to the coverage they have.

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (Don't check if you have direct care or Line of Duty) _____

☐ VA health care programs _____

☐ Peace Corps _____

☐ Employer Insurance

Name of health insurance _____

Policy number _____

Is this COBRA coverage? ☐ Yes ☐ No

Is this a retiree health plan? ☐ Yes ☐ No

☐ Other

Name of health insurance _____

Policy number _____

Is this a limited-benefit plan (like a school accident policy?) ☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No Has anyone moved in or out of your home in the past three months? **If yes**, answer the following questions.

Name _____

Date of birth (mm/dd/yyyy) _____

Social Security Number (SSN) _____

Relationship to you? _____

Date moved in? _____

Date moved out? _____

☐ Yes ☐ No Is anyone listed on this application offered health coverage from a job? Check yes even if the coverage is from someone else's job, such as a parent or spouse.

If yes, answer the following question and the questions in Step 5.

If no, skip to Step 6.

☐ Yes ☐ No Is this a state employee benefit plan?

Step 5. Health Coverage from Jobs

You **don't** need to answer these questions unless someone in the household is eligible for health coverage from a job. Attach a copy of this page for each job that offers coverage. Tell us about the **job** that offers coverage.

Employee Information. The **employee** needs to fill out this section.

Employee name (first, middle, last)	Social security number

Employer Information. Ask the **employer** for this information.

Employer name	Employer identification number (EIN)	
Employer address (the Marketplace will send notices to this address)	Employer phone number	
City	State	ZIP code
Who can we contact about employee health coverage at this job?		
Phone number (if difference from above)	Email address	

☐ Yes ☐ No Are you currently eligible for coverage offered by this employer, or will you become eligible in the next three months? **If yes**, fill out the information below. **If no**, skip to Step 6.

If you're in a waiting or probationary period, when can you enroll in coverage?

_____

List the names of anyone else who is eligible for coverage from this job.

_____

Health Plan. Tell us about the **health plan** offered by this employer.

☐ Yes ☐ No Does the employer offer a health plan that covers an employee's spouse or dependent?

If yes, which people? ☐ Spouse ☐ Dependents

☐ Yes ☐ No Does the employer offer a health plan that meets the minimum value standard*****?

For the lowest-cost plan that meets the minimum value standard***** offered **only to the employee** (don't include family plans):

If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if the employee received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and did not receive any other discounts based on wellness programs.

How much would the employee have to pay in premiums for this plan? $ _____

How often? ☐ Weekly ☐ Every two weeks ☐ Twice a month ☐ Once a month ☐ Quarterly ☐ Yearly

***** An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

Employer Changes. What change will the employer make for the new plan year (if known)?

☐ Employer won't offer health coverage

☐ Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the minimum value standard. (Premium should reflect discount for wellness programs.)

How much will the employee have to pay in premiums for that plan? $ _____

How often? ☐ Weekly ☐ Every two weeks ☐ Twice a month ☐ Quarterly ☐ Yearly

Date of change: _____

Step 6. Assistance with Completing this Application

You can choose an authorized representative.

You can give a trusted person permission to talk about this application with us, see your information, and act for you on matters related to this application, including getting information about your application and signing your application on your behalf. This person is called an "authorized representative." If you ever need to change your authorized representative, contact the Marketplace. If you're a legally appointed representative for someone on this application, submit proof with the application.

Name of authorized representative (first name, middle name, last name)		
Address		Apartment or suite number
City	State	ZIP code
Phone number		
Organization name		ID number (if applicable)

By signing, you allow this person to sign your application, get official information about this application, and act for you on all future matters with this agency.

NOTE: Your signature here does not complete the application. You **must** sign and date on page 11 to complete this application.

Your signature	Date (mm/dd/yyyy)

For certified application counselors, navigators, agents, and brokers only.

Complete this section if you're a certified application counselor, navigator, agent, or broker filing out this application for somebody else.

Application start date (mm/dd/yyyy)	
First name, middle name, last name, and suffix	
Organization name	ID number (if applicable)

Step 7. Read and Sign this Application

- By signing this application, you give your permission for DHS to share your medical and other health care records with federal and state officials.
- By signing this application, you give your permission for your medical provider to share:
  - Your medical history with an HMO, PHP, or other managed care provider.
  - Information with IME Medical Services Unit to certify a medical need for certain Medical Assistance programs or services.

    I agree to assign medical payments from a third party to the Medicaid agency for myself and others who are eligible for Medicaid for whom I legally can assign benefits. I also agree to cooperate in obtaining medical payments for third parties.
- By signing this application, I certify under penalty of perjury and false swearing that my answers are correct and complete to the best of my knowledge, including information provided about the citizenship or alien status for each household member applying for benefits. I know I may be subject to penalties under federal law if I provide false or untrue information.
- I know that I must tell the Income Maintenance Call Center if anything changes (and is different than) what I wrote on this application. I can call **1-877-347-5678** to report any changes. I understand that a change in my information could affect the eligibility for members of my household.
- I know that under federal law, discrimination isn't permitted on the basis of race, color, national origin, sex, age, sexual orientation, gender identity, or disability. I can file a complaint of discrimination by visiting www.hhs.gov/ocr/office/file.
- I confirm that no one applying for health insurance on this application is incarcerated (detained or jailed). If not, the name of the person incarcerated is: _____

We need this information to check your eligibility for help paying for health coverage if you choose to apply. We'll check your answers using information in our electronic databases and databases from the Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, the Department of Homeland Security, or a consumer reporting agency. If the information doesn't match, we may ask you to send us proof.

If anyone on this application is eligible for Medicaid

- I am giving to the Medicaid agency our rights to pursue and get any money from other health insurance, legal settlements, or other third parties. I am also giving to the Medicaid agency rights to pursue and get medical support from a spouse or parent.
- Does any child on this application have a parent living outside the home? ☐ Yes ☐ No
- If yes, I know I will be asked to cooperate with the agency that collects medical support from an absent parent. If I think that cooperating to collect medical support will harm me or my children, I can tell Medicaid and I may not have to cooperate.

My right to appeal

If I think the Health Insurance Marketplace or Medicaid/Children's Health Insurance Program (CHIP) has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone at the Health Insurance Marketplace or Medicaid/CHIP that I think the action is wrong, and ask for a fair review of the action. I know that I can find out how to appeal by contacting the Marketplace at **1-800-318-2596**. I know that I can be represented in the process by someone other than myself. My eligibility and other important information will be explained to me.

Renewal of coverage in future years

To make it easier to determine eligibility for health coverage in future years, your income data, including information from tax returns, can be verified electronically. You can also change your mind and not allow the Department of Human Services to check this information.

Do you want this information to be verified in the future and used to automatically renew your eligibility?

☐ Yes, renew by eligibility automatically.

How long? ☐ 5 years ☐ 4 years ☐ 3 years ☐ 2 years ☐ 1 year

☐ No, don't use my information from tax returns to renew my coverage.

Sign this application

The person who filled out Step 1 should sign this application. If you're an authorized representative, you may sign here as long as you have provided the information required in Step 6.

I agree to allow my information to be used and retrieved from data sources for this application. I have consent for all people I will list on the application that allows their information to be retrieved and used from data sources for this application.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America that the information contained in this statement of facts is true, correct, and complete.

Signature	Date (mm/dd/yyyy)

Step 8. Mail the Completed Application

Mail your signed application to:

Imaging Center 4
PO Box 2027
Cedar Rapids, Iowa 52406

If you want to register to vote, you can complete a voter registration form at:
http://sos.iowa.gov/elections/pdf/voteapp.pdf

Addendum to Application and Review Forms for Release of Information

OPTIONAL Release of Information

Help Us Help You!

You do not have to sign this, but it will help us get information we need to help you, without having to get your signature on specific requests.

You should know that:

- We may need more information to decide if you can get assistance.
- If more information is needed from you, you will get a letter telling you what we need and the date you must get it to us.
- You are responsible to get the information or to ask us for help to get it.
- If you do not give us the information or ask for help by the due date, your application may be denied or your assistance may stop.
- We may be able to use the release below to get the information we need. **But you still have to provide information we request or ask us for help.**
- We may attach a copy of this release to a form that asks other people or organizations (like your employer) for specific information needed about you or others in your household.

Print and sign your name below to give us permission to get needed information.

RELEASE OF INFORMATION

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.

A copy of this release is as valid as the original.

This release does not apply to protected health information.

This release is good for 12 months from the date signed.

_____	_____
Your Name (please print clearly)	Other Adult Name (please print clearly)
_____	_____
Signature or Mark	Signature or Mark
_____	
Date	

Iowa Department of Human Services

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 inmigratoria, 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.

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 11. **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 diás, 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
- **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 dígale 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? ☐ Sí ☐ 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
- 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 concubino/a que no necesita cobertura médica
- 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 dos 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? **YO**
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: ☐ Masc. ☐ 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/. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

¿Va a presentar la declaración impositiva de ingresos EL PRÓXIMO 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? _____

¿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 1996?

☐ Sí ☐ No ¿Usted, su cónyuge o sus padres son veteranos de guerra 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 ¿Vive con al menos un menor de 19 años que está a su cargo?

☐ 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) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por semana:

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) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por semana:

En el último año, usted:

☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Trabajó menos horas ☐ Ninguno

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? $ _____

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).

☐ Ninguno

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Desempleo	$ _____	_____	☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____
☐ Jubilaciones	$ _____	_____	☐ Neto cultivos/pesca	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Neto rentas/regalías	$ _____	_____
☐ Planes de retiro	$ _____	_____	☐ Otros ingresos	$ _____	_____

Tipo _____

Descuentos: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. Infórmenos si paga ciertas cosas que pueden ser descontadas de la declaración impositiva de ingresos, ya que el costo de la cobertura podría ser inferior. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____	☐ Otros descuentos	$ _____	_____
☐ Intereses préstamos estudiantes	$ _____	_____	Tipo _____		

Ingreso anual: Complete estos datos sólo si sus ingresos cambian de un mes a otro. Si no espera cambios en sus ingresos, vaya a la sección siguiente.

Total de ingresos **este año**	Total de ingresos del **próximo año** (si cree que será diferente)
$	**$**

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: ☐ Masc. ☐ 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 EL PRÓXIMO 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? _____

¿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 ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 2,* su cónyuge o sus padres son veteranos de guerra 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 ¿Vive con al menos un menor de 19 años que está a su cargo?

☐ 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 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) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por semana:

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) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por semana:

Durante el último año, 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? $ _____

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).

☐ Ninguno

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Desempleo	$ _____	_____	☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____
☐ Jubilaciones	$ _____	_____	☐ Neto cultivos/pesca	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Neto rentas/regalías	$ _____	_____
☐ Planes de retiro	$ _____	_____	☐ Otros ingresos	$ _____	_____
			Tipo _____		

Descuentos: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. Infórmenos si paga ciertas cosas que pueden ser descontadas de la declaración impositiva de ingresos, ya que el costo de la cobertura podría ser inferior. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____	☐ Otros descuentos	$ _____	_____
☐ Intereses préstamos estudiantes	$ _____	_____	Tipo _____		

Ingreso anual: Complete estos datos sólo si los ingresos de esta persona cambian de un mes a otro. Si la *Persona 2* no espera cambios en sus ingresos mensuales (páginas 4 y 5), no complete estos datos.

Total de ingresos de la *Persona 2* **este año**	Total de ingresos del **próximo año** (si cree que serán diferentes)
$	**$**

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:	**Persona 2 AI/AN:**
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Persona 1 AI/AN:			**Persona 2 AI/AN:**	
☐ Sí	☐ No	¿Es miembro de una tribu con reconocimiento federal? **Si respondió que sí**, nombre de la tribu:	☐ 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 si, 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) _____

N°. 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". En el caso de que quiera cambiar a su representante autorizado, comuníquese con Marketplace. 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 11 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 inmigratoria 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.
- Confirmo que ninguna de las personas para las que se solicita seguro médico en este formulario se encuentra en prisión (detenido o preso).
  De lo contrario, la persona que se encuentra en prisión se llama: _____

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 informáticos 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

Puedo presentar una apelación en el caso de creer que el seguro médico Marketplace o Medicaid/Children's Health Insurance Program (CHIP) han cometido un error. Apelar significa contarle a alguien del seguro médico Marketplace o Medicaid/CHIP que creo que la resolución tomada es errónea y solicitar una revisión justa de la misma. Entiendo que para averiguar cómo apelar, me puedo comunicar con Marketplace al teléfono **1-800-318-2596**. También entiendo que otra persona puede actuar como mi representante durante el proceso. Entiendo que otra persona me puede representar durante el procedimiento y que me explicarán mi elegibilidad y otros datos importantes.

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.

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

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)	

RC-0033, Desk Aid

Purpose

The RC-0033 is a chart of Food Assistance, FIP, and Medicaid income and resource limits. Workers can use it as a reference in determining eligibility and the amount of payment in these cases.

Source

Print RC-0033 from the manual or the DHS Intranet eForms web page.

Data

The chart lists:

- Income and resource limits for:
  - Food Assistance
  - FIP
  - Medically Needy Medicaid
  - Medicaid for Kids with Special Needs (MKSN) (no resource limit)
  - SSI-related Medicaid
  - QMB (Medicare savings)
  - SLMB (Medicare savings)
  - Expanded SLMB (Medicare savings)
  - QDWP (Medicare savings)
  - Medicaid for Employed People with Disabilities
- Income limits and premium levels for Medicaid for Employed People with Disabilities
- The Medicare Part B premium

Iowa Department of Human Services

Desk Aid

COVERAGE GROUP	RESOURCE LIMIT	MONTHLY INCOME LIMITS							
Food Assistance	$3,250 if one or more age 60 or older or disabled $2,250 all other households	Household Size							
			1	2	3	4	5	6	7
		Gross	$ 1,265	$ 1,705	$ 2,144	$ 2,584	$ 3,024	$ 3,464	$ 3,904
		Net	$ 973	$ 1,311	$ 1,650	$ 1,988	$ 2,326	$ 2,665	$ 3,003
		Max Allotment	$ 194	$ 357	$ 511	$ 649	$ 771	$ 925	$ 1,022
Expanded FA Cat Elig	None	Household Size							
		1	2	3	4	5	6	7	
		$ 1,557	$ 2,098	$ 2,640	$ 3,181	$ 3,722	$ 4,264	$ 4,805	
		For each additional household member add $543.							
FIP	$2,000 per applicant household $5,000 per recipient household	Household Size							
			1	2	3	4	5	6	7
		Test 1	$ 675.25	$1,330.15	$1,570.65	$1,824.10	$2,020.20	$2,249.60	$2,469.75
		Test 2	$ 365	$ 719	$ 849	$ 986	$ 1,092	$ 1,216	$ 1,335
		Test 3	$ 183	$ 361	$ 426	$ 495	$ 548	$ 610	$ 670
Medically Needy Medicaid *	$10,000 per household	Medically Needy Income Level (MNIL) by Household Size							
		1	2	3	4	5	6	7	
		$ 483	$ 483	$ 566	$ 666	$ 733	$ 816	$ 891	

	1	2	3	4	5	6	7
100% Poverty Level	$ 981	$ 1,328	$ 1,675	$ 2,021	$ 2,368	$ 2,715	$ 3,061
	For each additional household member add $338.						

	1	2	3	4	5	6	7
300% Poverty Level Medicaid for Kids with Special Needs (MKSN)	$ 2,943	$ 3,983	$ 5,023	$ 6,063	$ 7,103	$ 8,143	$ 9,183
	For each additional household member add $1,040.						

COVERAGE GROUP	RESOURCE LIMIT	MONTHLY INCOME LIMITS
SSI-Related Medicaid *	$2,000 for one person $3,000 for a couple	Household Size (couple in own home): 1 — $ 733; 2 — $ 1,100
QMB * (A Medicare Savings Program)	$7,280 for one person $10,930 for a couple	Effective 3/1/15 — Poverty Level 100%; Household Size: Individual $ 981; Couple $ 1,328
SLMB * (A Medicare Savings Program)	$7,280 for one person $10,930 for a couple	Poverty Level / Household Size / Income Over / But Less Than
		Effective 3/1/15 Over 100% but less than 120% — Individual: $ 981 / $ 1,177; Couple: $ 1,328 / $ 1,593
Expanded SLMB * (QI-1) (A Medicare Savings Program)	$7,280 for one person $10,930 for a couple	Poverty Level / Household Size / Income / But Less Than
		Effective 3/1/15 120% but less than 135% — Individual: $ 1,177 / $ 1,325; Couple: $ 1,593 / $ 1,793
QDWP Medicaid * (A Medicare Savings Program)	$4,000 for one person $6,000 for a couple	Effective 3/1/15 — Poverty Level 200%; Household Size: Individual $ 1,962; Couple $ 2,655
MEPD Medicaid for Employed People with Disabilities	$12,000 for one person $13,000 for a couple	Net countable income is less than 250% FPL — MEPD Income Limit Household Size

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8
MEPD Income Limit	$ 2,453	$ 3,319	$ 4,186	$ 5,053	$ 5,919	$ 6,786	$ 7,653	$ 8,519

Poverty Level	Household Size	Income Over	But Less Than
Effective 3/1/15 Over 100% but less than 120%	Individual	$ 981	$ 1,177
	Couple	$ 1,328	$ 1,593

Poverty Level	Household Size	Income	But Less Than
Effective 3/1/15 120% but less than 135%	Individual	$ 1,177	$ 1,325
	Couple	$ 1,593	$ 1,793

Poverty Level	Household Size: Individual	Household Size: Couple
Effective 3/1/15 — 200%	$ 1,962	$ 2,655

* Note: Compare net countable income to the income limits.

Monthly Medicare Part B Premium
(Effective 1-1-2013)
$104.90

MEPD Premiums Effective August 1, 2014

If the gross monthly income of the person getting MEPD is:	FPL	Premium Amount
$ 1,459 or less	At or below 150%	**$ 0**
Above: $ 1,459	**Above:** 150%	$ 31
1,605	165%	42
1,751	180%	50
1,945	200%	58
2,189	225%	68
2,432	250%	78
2,918	300%	99
3,404	350%	119
3,890	400%	140
4,377	450%	160
5,349	550%	201
6,322	650%	242
7,294	750%	284
8,267	850%	335
9,725	1000%	404
11,184	1150%	475
12,643	1300%	556
$ 14,393 and above	1480%	647

Iowa Department of Human Services

Desk Aid for MAGI, MIYA, IHAWP, and *hawk-i*

COVERAGE GROUP	RESOURCE LIMIT	MONTHLY INCOME LIMITS						
MAGI Children, Parents, and Caretakers FMAP	None	**Household Size**						
		1	2	3	4	5	6	7
		$ 447	$ 716	$ 872	$ 1,033	$ 1,177	$ 1,330	$ 1,481
		For each additional household member add $178						
MAGI Children and Pregnant Women	None	**Household Size**						
		Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7
		167% Children 1-18	$ 1,638	$ 2,217	$ 2,796	$ 3,375	$ 3,954	$ 4,533	$ 5,112
		For each additional household member add $579						
		375% Infants (under 1) and Preg. women	$ 3,679	$ 4,979	$ 6,279	$ 7,579	$ 8,879	$ 10,179	$ 11,479
		For each additional household member add $1,300						
MIYA	None	**Household Size**						
		Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7
		254%	$ 2,492	$ 3,372	$ 4,253	$ 5,133	$ 6,014	$ 6,894	$ 7,775
		For each additional household member add $881						
IOWA HEALTH AND WELLNESS PLAN (IHAWP) AGE 19-64		**MONTHLY INCOME LIMITS**						
		1	2	3	4	5	6	7
0-100% FPL WELLNESS PLAN		$ 981	$ 1,328	$ 1,675	$ 2,021	$ 2,368	$ 2,715	$ 3,061
		For each additional household member add $346						
101-133% FPL MARKETPLACE CHOICE		$ 1,305	$ 1,766	$ 2,227	$ 2,688	$ 3,149	$ 3,610	$ 4,071
		For each additional household member add $461						
***hawk-i* UNDER AGE 19**		**MONTHLY INCOME LIMITS**						
		1	2	3	4	5	6	7
302% FPL		$ 2,963	$ 4,010	$ 5,056	$ 6,103	$ 7,150	$ 8,197	$ 9,244
		For each additional household member add $1,047						