Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

January 1, 2016

GENERAL LETTER NO. 6-AP-119

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

SUBJECT: Employees' Manual, Title 6, ***INCOME MAINTENANCE PROGRAMS APPENDIX***, Contents (page 7), revised; pages 26 and 294 through 301, 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
470-5168	*Medicaid/**hawk-i** Review*, revised
470-5168(S)	*Medicaid/**hawk-i** Review* (Spanish), revised
470-5168(M)	*Medicaid/**hawk-i** Review* (manual), revised
470-5168(MS)	*Medicaid/**hawk-i** Review* (manual Spanish), revised
470-5321	*Provider Special Needs Decision*, new
470-0364	*SSI Medicaid Information*, revised
470-0364(S)	*SSI Medicaid Information* (Spanish), revised
470-0364(M)	*SSI Medicaid Information* (manual), revised
470-0364(MS)	*SSI Medicaid Information* (manual Spanish), revised
Comm. 121	*Important Notice to Property Owners and Renters*, revised
Comm. 121(S)	*Important Notice to Property Owners and Renters* (Spanish), revised
Comm. 266	*Iowa's Estate Recovery Law*, revised

Summary

This chapter is revised to:

- Correct the page numbers that reference where to sign, date, and mail the application on form 470-5170, *Application for Health Coverage and Help Paying Costs*, and its Spanish translation, form 470-5170(S).

  The instructions have been updated to reflect availability of the English form.

- Change the "Tell Us About Work" section on the Medicaid/***hawk-i*** review form to:
  - Change the order of the amount paid and how often the person is paid for Job 1 through Job 4.
  - Add "per pay period" to the questions about wages paid before taxes.

  These changes were made to the following forms:

  - 470-5168, *Medicaid/**hawk-i** Review*
  - 470-5168(S), *Medicaid/**hawk-i** Review* (Spanish)
  - 470-5168(M), *Medicaid/**hawk-i** Review* (manual)
  - 470-5168(MS), *Medicaid/**hawk-i** Review* manual Spanish)
- Add form 470-5321, *Provider Special Needs Decision*. This letter informs a provider whether or not a family's children have been approved to receive special needs payment rates.
- Increase the maximum income amount for property tax credits and rent reimbursements from $21,011 to $22,360 per year for 2015 (filed after January 1, 2016). The increase was made on Comm. 121 and Comm. 121(S), *Important Notice for Property Owners and Renters*, and was added to the following forms:
  - 470-0364, *SSI Medicaid Information*
  - 470-0364(S), *SSI Medicaid Information* (Spanish)
  - 470-0364(M), *SSI Medicaid Information* (manual)
  - 470-0364(MS), *SSI Medicaid Information* (manual Spanish)
- Update Comm 266, *Iowa's Estate Recovery Law*, to add language:
  - About IA Health Link and managed care organizations (MCO).
  - To use the insurance policy to pay the person's debt when stated in the deceased person's will or trust.

Effective Date

January 1, 2016

Material Superseded

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

Page	Date
Contents (page 7)	July 3, 2015
26	October 24, 2014
470-5170	5/15
470-5170(S)	5/15
470-5168	11/14
470-5168(S)	11/14
470-5168(M)	11/14
470-5168(MS)	11/14
294-301	July 3, 2015
470-0364	1/15

470-0364(S)	1/15
470-0364(M)	1/15
470-0364(MS)	1/15
Comm. 121	1/15
Comm. 121(S)	1/15
Comm. 266	2/14

Additional Information

Order supplies of Comm. 266, dated 11/15, from Anamosa in the usual manner.

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

Page

Notice of Health Insurance Premium Payment, Form 470-2845 275
Notice of Income Offset Against State Warrants, Form 470-4139 276
Notice of Income (Payroll) Offset, Form 470-4140 277
Notice of Lost Benefits, Form 470-0334 278
Notice of Medical Assistance Debt Due to a Transfer of Asset(s), Form 470-4667 279
Notice of Medical Assistance Overpayment, Form 470-2891 280
Notice of Pending Medicaid Application, Form 470-2631 281
Notice of Setoff of an Iowa Income Tax Refund for Debts Owed the Department of Human Services, Form 470-1668 282
Notice Regarding Acceptance of Other Benefits, Form 470-0383 283
Notification Regarding Annuity Benefits, Form 470-4382 284
Notification to the Bureau of Refugee Services, Form 470-0481 285
ORR Certification Letters 286
Other Insurance Request, Form 470-0403 287
Overpayment Recovery Supplemental Information, Form 470-0465 288
Payment Application for Nonregistered Providers, Form 470-2890 or 470-2890(S) ... 291
Pregnancy Verification Request, Form 470-3783 293
Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision, Form 470-2580 or 470-2580(S) . 294
Proof of Application for Medicaid, Form 470-2979 296
Proof of Medicaid Coverage, Form 470-3491 297
Provider Request for Member Disenrollment, Form 470-2169 298
Provider Special Needs Decision, Form 470-5321 301
Public Assistance Agency Information Request, Form SSA-1610-U2 302
Quality Assurance Transmittal, Form 470-0271 303
Quarterly Report Follow-Up, Form 470-2721 305
Race/Ethnic Report, Form 470-3716 306
Reasonable Compatibility Tool, Form 470-5178 307
Record of Lost Benefits Restored, Form 470-0318 308
Redetermination to Other Medical Programs, Form 470-4832 309
Referral Follow-Up, Form 470-5129 310

Application for Health Coverage and Help Paying Costs, Form 470-5170 or 470-5170(S)

Purpose

The *Application for Health Coverage and Help Paying Costs* is designed to assist people applying for various health-related programs, including:

- Medicaid (MAGI and non-MAGI)
- ***hawk-i*** (Children's Health Insurance Program or CHIP)
- Iowa Health and Wellness Plan (IHaWP)
- State Supplementary Assistance
- Help paying for health insurance costs

Source

Central Office has a contract to provide automatic shipments of form 470-5170 to local offices. The shipments are intended to cover a six-month supply. Additional supplies of form 470-5170 are also available through Central Office.

DHS staff may also complete the forms on line using the templates on the DHS Intranet eForms web page.

Completion

Give or mail the *Application for Health Coverage and Help Paying Costs* to anyone who asks for an application. Give or mail the *Voter Registration* form with the application.

Inform anyone who contacts the Department for an application of the option to submit an application in person, by mail, by fax, electronically or by telephone.

The applicant completes the form. A friend, relative or authorized representative may help. Phone numbers and a website that can be used to get help with the application are provided on the cover page of the form.

An optional release of information is included on the last page of the application. The applicant may use this release to authorize the Department to contact other people or organizations for information needed to determine eligibility and benefits. The applicant is not required to sign this release.

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 17. **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 five 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).

		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 *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 2. Person 3

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 3* live at the same address as you? **If no**, list address: _____

Does *Person 3* 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 3* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 3* claim any dependents on *Person 3's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

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

How is *Person 3* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

Does *Person 3* 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 7. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 3* 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 3* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 3* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 3* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 3* lived in the U.S. since 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* or their spouse or parent a veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 3* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Does *Person 3* live with at least one child under the age of 19, and is *Person 3* the main person taking care of this child?

☐ Yes ☐ No Was *Person 3* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 3* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 3* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 3* have insurance through a job and lose it within the past three months?

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

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* 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 3*:

☐ 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 *Person 3* 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 3's* income changes from month to month. If you don't expect changes to *Person 3's* (pages 6 and 7) monthly income, don't complete.

Person 3's total income **this year**	*Person 3's* total income **next year** (if you think it will be different)
$	**$**

Step 2. Person 4

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 4* live at the same address as you? **If no**, list address:

_____

Does *Person 4* 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 4* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 4* claim any dependents on *Person 4's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will *Person 4* be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How is *Person 4* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

Does *Person 4* 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 9. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 4* 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 4* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 4* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 4* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 4* lived in the U.S. since 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* or their spouse or parent a veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 4* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Does *Person 4* live with at least one child under the age of 19, and is *Person 4* the main person taking care of this child?

☐ Yes ☐ No Was *Person 4* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 4* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 4* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 4* have insurance through a job and lose it within the past three months?

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

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* 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 4*:

☐ 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 *Person 4* 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 4's* income changes from month to month. If you don't expect changes to *Person 4's* (pages 8 and 9) monthly income, don't complete.

Person 4's total income **this year**	*Person 4's* total income **next year** (if you think it will be different)
$	**$**

Step 2. Person 5

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 5* live at the same address as you? **If no**, list address:

_____

Does *Person 5* 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 5* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 5* claim any dependents on *Person 5's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will *Person 5* be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How is *Person 5* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

Does *Person 5* 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 11. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 5* 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 5* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 5* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 5* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 5* lived in the U.S. since 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* or their spouse or parent a veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 5* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Does *Person 5* live with at least one child under the age of 19, and is *Person 5* the main person taking care of this child?

☐ Yes ☐ No Was *Person 5* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 5* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 5* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 5* have insurance through a job and lose it within the past three months?

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

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* 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 5*:

☐ 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 *Person 5* 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 5's* income changes from month to month. If you don't expect changes to *Person 5's* (pages 10 and 11) monthly income, don't complete.

Person 5's total income **this year**	*Person 5'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 17 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 my 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 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 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 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? **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).

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Ninguno					
☐ 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).

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Ninguno					
☐ 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 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: ☐ 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 3* 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 3* con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? _____

¿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 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 3,* 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 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) $	☐ 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 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? $ _____

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
☐ Ninguno					
☐ 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 3* no espera cambios en sus ingresos mensuales (páginas 6 y 7), no complete estos datos.

Total de ingresos de la *Persona 3* **este año**	Total de ingresos del **próximo año** (si cree que serán diferentes)
$	**$**

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: ☐ 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 4* 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 4* con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? _____

¿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 ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 4,* 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 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) $	☐ 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 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? $ _____

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
☐ Ninguno					
☐ 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 4* no espera cambios en sus ingresos mensuales (páginas 8 y 9), no complete estos datos.

Total de ingresos de la *Persona 4* **este año**	Total de ingresos del **próximo año** (si cree que serán diferentes)
$	**$**

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: ☐ 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 5* 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 5* con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? _____

¿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 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 5,* 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 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) $	☐ 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 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? $ _____

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
☐ Ninguno					
☐ 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 5* no espera cambios en sus ingresos mensuales (páginas 10 y 11), no complete estos datos.

Total de ingresos de la *Persona 5* **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 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 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 anõs ☐ 4 anõs ☐ 3 anõs ☐ 2 anõs ☐ 1 anõ

☐ 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)	

Medicaid/*hawk-i* Review

USE ONLY BLUE OR BLACK INK.

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES

Due Date	Case Number	County Number	Worker Name
Email Address	Phone Number	Contact Preference	

It's time to review your case. Please fill out this form and send it to the address above by the due date. This information will be used to decide if you will continue to get Medicaid/***hawk-i***.

What do I do with this form?

You must:
- Fill out this form.
- Sign and date page 6.
- Send the form to us at the address above by
- Use extra paper, if needed for your answers.

What if I have questions?

Call your worker at . We will accept collect calls.

Household Members

These people get benefits with you or are counted to figure your benefits. Please fill in any missing information in the table below. *Cross out any information that is **not correct** about members of your household. Write in any new information.*

Name/State ID or CIN	Birth Date	Social Security Number	Relationship to You	Gender Male/Female	Resident of Iowa? Yes/No	U.S. Citizen? Yes/No	Eligible Immigration Status? Yes/No (If yes, list document type and ID number.)

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

Is anyone in your household pregnant? ☐ Yes ☐ No

If yes, who?_____ Due date_____ Number of expected babies_____

Is there anyone else living in your home that is not listed on page 1? ☐ Yes ☐ No
If yes, fill out the information below.

Has anyone moved in or out of your home? ☐ Yes ☐ No
If yes, fill out the information below.

Name	Social Security Number	Birth Date	Relationship to You	Date Moved In	Date Moved Out	U.S. Citizen? Yes/No	Eligible Immigration Status? Yes/No (If yes, list document type and ID number.)	Applying for Benefits? Yes/No

If you have moved, give your new address.

Street Address	City, State and Zip Code
Mailing Address (if different)	City, State and Zip Code

If anyone is in the military, a veteran, or a spouse of a veteran, list who and which they are.

_____

Was anyone in the household on foster care at age 18 or older?

List here:_____

I can confirm that no one applying for medical assistance on this application is incarcerated (detained or jailed).

If not, the name of the person incarcerated is?_____

American Indian or Alaskan Native Family Members (AI/AN)

Are you or anyone in your family an American Indian or Alaska Native? ☐ Yes ☐ No
If yes, fill out the information below. If no, skip to the next section.

AI/AN Person 1:

Name (first, middle, last)

AI/AN Person 2:

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 Healthy and Well Kids in Iowa (***hawk-i***). 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.

Tax Information

We need information about who files tax returns. *You can still renew if you do not file tax returns.* You must tell us about who files federal income tax returns. If you leave this blank, we will assume that you do not file federal income tax returns. *Make a copy of this page if you need space for more tax filers.*

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

☐ Yes If **yes**, answer all of the questions below. ☐ No If **no**, answer the questions marked with a star ☆ below.

	Name (first, middle, last & suffix)	If this person is filing a joint return, write the name of the spouse:	If this person will claim dependents, write the names of the dependents:
Person 1			
Person 2			
Person 3			
Person 4			

☆ If anyone will be claimed as a dependent on someone else's tax return, write the name of the tax filer and the dependents. Answer only if different than what you reported above or if you did not fill in any information above.

Name of tax filer:_____

Name of dependents:_____

Tell Us About Work

You must tell us about all money the people in your household get. If someone has more than one job, tell us about **all jobs**. You can report **self-employment** on the next page. If you leave a space blank, we will assume that you have no money of this kind. Please use an additional sheet of paper, if needed. If you have proof of income (check stubs, employer's statement, tax returns, etc.), you may send it with this review. This may speed up the processing of your review. *Make a copy of this page if you need space for more jobs or people. Cross out any information that is **not correct** about members of your household. Write in any new or missing information.*

Job 1

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Job 2

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Job 3

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Job 4

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Will the amount of money from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain _____

Has anyone been hired for a job but not received a paycheck yet? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____ Employer name? _____

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

Self-Employment

If anyone in your household is **self-employed**, we need to know about their work. *See the instructions for more information about deductions.*

	Name (first, middle, last & suffix)	Type of work:	How much net income will this person get from self-employment this month?
Person 1			Amount $
Person 2			Amount $

➢ Subtract the expenses below from your gross income to get your net self-employment income.

- Car and truck expenses (for travel during workday, not commuting)
- Depreciation
- Employee wage and fringe benefits
- Property, liability, or business interruption insurance
- Interest (including mortgage paid to bank, etc.)
- Legal and professional services
- Rent or lease of business property or utilities
- Commissions, licenses, taxes, and fees
- Advertising
- Contract labor
- Repairs and maintenance
- Certain business travel and meals
- Deductible self-employment taxes
- Cost of self-employed health insurance
- Contributions to self-employed SEP, SIMPLE, or qualified retirement plan

Tell Us About Other Income

Cross out any information that is **not correct** about members in your household. Write in any new information. *Make a copy of this page if you need space for more types of other income.*

Unemployment

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Social Security

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Report other income types, such as pensions, retirement, alimony received, farming or fishing, rental income or royalties, etc.

Other Income Type_____

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Other Income Type_____

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Deductions

If anyone in your household has **deductions,** such as alimony, student loan interest and other, tell us what kind. You should **not** include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

Alimony Paid to Someone Else

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Student Loan Interest Paid

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Other Deductions_____

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Health Insurance

Tell us about **other** health insurance coverage people have.

Is anyone enrolled in health coverage now? ☐ Yes ☐ No

If yes, check the health coverage. ☐ Medicaid ☐ ***hawk-i*** ☐ Medicare ☐ Tricare
☐ Veterans ☐ Peace Corps ☐ Retiree Health Plan ☐ COBRA

☐ Employer insurance Name of health insurance_____ Policy number_____

☐ Private/other_____

Health Coverage From Jobs

Complete this section if anyone on this form is eligible for health coverage from a job, even if not currently enrolled. 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 the **Expected Changes** section.

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 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% of such costs. Does the employer offer a plan that meets the minimum value standard?

☐ Yes ☐ No Does the employer's lowest-cost plan that meets the "minimum value standard" offer a wellness program to **only the employee**? (Do not include family plans.)

If yes, how much would the employee have to pay in premiums after receiving the maximum discount for any tobacco cessation programs? (Do not deduct any other discounts based on the wellness program.) $_____

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

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 coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available 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:_____

Expected Changes

Tell us if any changes happened or may happen. Examples:

- People in household
- Tax status
- Employment
- Health insurance
- Divorce or marriage
- Address
- Pregnancy (list due date)
- Pregnancy ending
- Other

Explain what and when:_____

Renewal of Coverage in Future Years

Read the statement below and check **one** box.

To make it easier to check my income at review time, I give permission to the Department of Human Services to use income information from my tax returns for the number of years I checked below.

I understand that the Department of Human Services will send me a letter with the income information they have. I can make changes to it. I can also change my mind and not allow the Department of Human Services to check this information.

Yes, I give permission to check my income on tax returns for (check one box):

☐ 5 years (the longest time) ☐ 4 years ☐ 3 years ☐ 2 years ☐ 1 year

☐ No, I do not give permission to use my tax returns.

Read and Sign This Application

Your Signature or Mark	Phone Number	Today's Date
Signature of Person, if Any, Who Helped Complete the Form	Phone Number	Today's Date

Please keep this page for your information.

Your Rights and Responsibilities

- 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.
- By signing this application, I give permission for DHS to share medical and other health care records with federal and state officials.
- I understand that an electronic signature has the same legal effect and can be enforced in the same way as a written signature.
- I know that my information on this form will only be used to determine eligibility for medical assistance and will be kept private as required by law.
- I understand that if I receive Medicaid, the Department will pursue non-medical support for myself and my children upon my request. Medical support services include the establishment of paternity and the establishment and enforcement of medical support.
- I understand the questions and statements on this application.
- I understand that any facts that I have given, including benefit and income facts, will be matched with local, state, and federal records, such as employers, U.S. Citizenship and Immigration Service (USCIS), the Social Security Administration, tax, welfare, and unemployment agencies, etc. and I understand that the information received may affect my eligibility for benefits.
- I understand information, including benefit and income facts, that I have given on this form is subject to investigation and review by county, state, and federal personnel and that if I give incorrect facts my benefits may be denied or stopped.
- I know that under federal law, discrimination isn't permitted on the basis of race, color, national origin, sex or disability. I can file a complaint of discrimination by visiting www.hhs.gov/ocr/office/file.
- I can confirm that no one applying for medical assistance on this application is incarcerated (detained or jailed).
- 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. I understand that a change in my status could affect the eligibility for members of my household.
- If I think the Health Insurance Marketplace or Medicaid/***hawk-i*** has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone at the Health Insurance Marketplace or Medicaid/***hawk-i*** that I think the action is wrong, and ask for a fair review of the action. I know that the process of how to appeal is found on page 8 in the Appeals section.

What do I do with the form now?

After you have filled out the form, please send the form back to us using the envelope that was included. Be sure to mail it to the office address printed on page 1. This address is under your mailing address. You may also bring this form to the office.

Social Security Number Information

We can give help only to people who give us their Social Security Number or proof of application from the Social Security office. **You don't have to give us the Social Security Number for people in your household who you do not want help for, but you may choose to give us their Social Security Number.** However, we will use any Social Security Number given to us the same way we use the Social Security Number of people getting assistance.

If you do not give us a Social Security Number for people in your household, we will deny assistance to those people. There are some exceptions to this. Please ask your worker.

We will not give any Social Security Number to the Citizenship and Immigration Service.

Please keep this page for your information.

Medicaid

We Check What You Tell Us

The information you give us may be checked by federal, state and local officials to make sure it is true. Things we might check are any listed person's: Social Security Number, job and pay, bank account amount, alien status, and amounts received from other sources like Social Security or unemployment. If any information you give us is not correct, we may deny your application.

We may check records from other states to see if any person in your household can get benefits in Iowa. This may be because a person was disqualified from a program in another state.

We check and use computer systems like the State Income and Eligibility Verification System, the Federal Facilitated Exchange including Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA), and Department of Homeland Security (DHS). If something you told us is different from what the computer system tells us, we will check to find out what is correct. We might check your information by contacting your employer, your bank or other people. To do this kind of checking with your employer, bank, or other people, we will ask you first.

Things You Need to Know

- You must apply for and accept any other benefits which you may be entitled to receive.
- You must give us information and provide proof, when we ask for it.
- You must fill out review forms when you are asked to.
- DHS may give your answers to law enforcement officials to catch persons fleeing to avoid the law.
- The Quality Control unit or Investigations unit may review your case. They may contact other people or organizations to get proof of your information. By signing this application, you give permission to release confidential information to the Quality Control unit or Investigations unit. You must cooperate with them to keep your benefits.
- You will have to pay back any benefits you got or that were paid to a third party on your behalf for which you were not eligible.
- Section 1128B of the Social Security Act provides federal penalties for fraudulent acts and false reporting in connection with these programs.
- Anyone who gets, tries to get, or helps any other person get assistance to which they are not entitled, is guilty of violating the laws of the state of Iowa. This includes, but is not limited to, Iowa Code Chapters 249 and 249A.
- You can apply for part of your household even if some members do not have lawful immigrant status. For example, parents who do not have lawful immigrant status may apply for their children who are U.S. citizens or qualified aliens. The Department may check your household's alien status with the Department of Homeland Security. Any information from the Department of Homeland Security may affect that individual's benefits. The Department of Homeland Security will not be contacted about people you do not apply for. However, their income may be used to see if the rest of the household can get Medicaid.
- ***Giving wrong information on purpose may result in us taking criminal or civil legal action against you. It might also mean we reduce your benefits or take money back from you.***

This permission ends when your Medicaid stops.

You Have the Right to Appeal

You, or the person helping you, may request an appeal hearing if you do not agree with any action taken on your case. You must appeal in writing. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer or someone else act on your behalf.

You may contact your county DHS office about legal services. You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

You Will Not be Discriminated Against

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, you can send a letter of complaint to:
Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut,
Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

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. Remember to also sign page 6.

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

Medicaid/*hawk-i* Review
(Revisión de Medicaid/*hawk-i*)

ESCRIBA CON TINTA AZUL O NEGRA.

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES

Fecha límite de entrega	Caso Nº.	Condado Nº.	Nombre del asistente
Dirección de correo electrónico	Teléfono	Modo de contacto preferido	

Ha llegado el momento de revisar su caso. Por favor, complete este formulario y envíelo al domicilio indicado arriba, antes de la fecha límite de entrega. Estos datos serán utilizados para decidir si continuará recibiendo servicios de Medicaid/***hawk-i***.

¿Qué hago con este formulario?

Debe:

- Completar este formulario.
- Firmarlo y escribir la fecha en la página 6.
- Envíenos el formulario al domicilio indicado anteriormente, antes del
- Use una hoja extra si necesita más espacio para sus respuestas.

¿Y si tengo dudas?

Llame a su asistente al . Aceptaremos llamadas por cobrar.

Integrantes del grupo familiar

Estas personas reciben beneficios con usted o son contabilizadas para calcular sus beneficios. Complete los datos faltantes en el siguiente cuadro. *Tache los datos que no sean correctos sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos.*

Nombre/Ident. Estatal o CIN	Fecha de Nac.	Nº. de Social Security	¿Parentesco con usted?	Género Masc./Fem	¿Reside en Iowa? Sí/No	¿Ciudadano de Estados Unidos? Sí/No	¿Condición inmigratoria elegible? Sí/No (Si respondió que sí, indique tipo y Nº. del documento de identidad)

¿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

¿Alguna de las mujeres de su grupo familiar está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿quién?_____ Fecha de parto_____ Cantidad de bebés esperados_____

¿Hay personas viviendo en su hogar que no figuran en la página 1? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, complete los siguientes datos.

¿Alguien se mudó a su hogar o se fue de su hogar? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, complete los siguientes datos.

Nombre	Nº. de Social Security	Fecha de Nac.	Parentesco con usted	Fecha en que se mudó a su hogar	Fecha en que se fue de su hogar	¿Ciudadano de U.S.? Sí/No	¿Condición inmigratoria elegible? Sí/No (Si respondió que sí, indique tipo y Nº. del documento de identidad)	¿Solicita beneficios? Sí/No

Si usted se ha mudado, indique su nuevo domicilio.

Dirección residencial	Ciudad, Estado y Código Postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, Estado y Código Postal

Si alguien está en las fuerzas armadas, es veterano o cónyuge de un veterano de guerra, indique quién y qué son.

_____

¿Algún integrante del grupo familiar estuvo en un hogar sustituto cuando tenía 18 años o más?

Indique sus nombres aquí:_____

Confirmo que ninguna de las personas para las que se solicita asistencia médica en este formulario se encuentra en prisión (detenida o presa).

De lo contrario, la persona que se encuentra en prisión se llama:_____

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

¿Usted o alguien de su familia es aborigen estadounidense o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, complete los siguientes datos. Si respondió no, omita esta sección y continúe en la siguiente.

AI/AN Persona 1:	**AI/AN Persona 2:**
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

AI/AN Persona 1:		**AI/AN Persona 2:**
☐ Sí ☐ No	¿Es miembro de tribu reconocida a nivel 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,** ¿califica para obtener alguno de dichos servicios?	☐ Sí ☐ No
$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Ciertos ingresos no pueden ser contabilizados para Medicaid o Healthy and Well Kids in Iowa (***hawk-i***). Indique todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de las siguientes fuentes:	$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

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

Información impositiva

Necesitamos información sobre las personas que presentan declaraciones impositivas. *Puede renovar su solicitud aunque no presente declaraciones impositivas.* Debe decirnos quienes presentan declaraciones impositivas de ingresos a nivel federal. Si deja esta sección en blanco, asumiremos que nadie lo hace. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir a otros contribuyentes.*

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

☐ Sí Si respondió **sí**, conteste todas las siguientes preguntas. ☐ No Si respondió **no**, conteste las preguntas marcadas con una estrella ☆.

	Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Si esta persona presentará una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:	Si declarará personas dependientes, escriba los nombres de los dependientes:
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			
Persona 4			

Si alguien será declarado como dependiente en la declaración impositiva de otra persona, escriba el nombre del contribuyente y de las personas dependientes. Responda sólo si la información es diferente a la indicada anteriormente o si no completó nada en las preguntas anteriores.

Nombre del contribuyente:_____

Nombre de las personas dependientes:_____

Infórmenos sobre el trabajo

Debe informarnos sobre todo el dinero que reciben las personas de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre **todos los empleos**. Puede informar sobre **empleos autónomos o por cuenta propia** en la siguiente página. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no reciben dinero de ese tipo. Use una hoja adicional si es necesario. Si tienen comprobantes de ingresos (recibos de sueldo, declaraciones del empleador, declaraciones impositivas, etc.), puede enviarlos con este formulario. Eso podría agilizar el procesamiento de la revisión. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir más empleos o más personas. Tache los datos que no sean correctos sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos o los datos que falten.*

Empleo 1

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

Empleo 2

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

Empleo 3

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

Empleo 4

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

¿Alguien ha sido contratado para un empleo pero aún no ha cobrado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿quién? _____ Nombre del empleador _____

En los últimos tres meses, ☐ ¿cambió de empleo? ☐ ¿dejó de trabajar? ☐ ¿comenzó a trabajar menos horas? ☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo o por cuenta propia

Si alguno de los integrantes de su grupo familiar trabaja por cuenta propia, necesitamos saber sobre sus trabajos. *Lea las instrucciones con más información sobre las deducciones o retenciones.*

	Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Tipo de trabajo:	¿Cuál es el ingreso neto que obtuvo este mes por empleo autónomo?
Persona 1			Importe $
Persona 2			Importe $

➢ Reste los gastos indicados debajo de su ingreso bruto para obtener el importe neto de ingresos por empleo autónomo.

- Gastos de autos o camionetas (por traslados durante la jornada laboral, que no sean para ir y regresar de su casa al trabajo)
- Depreciación
- Sueldo de empleados y beneficios adicionales
- Seguros de bienes, responsabilidad a terceros o pérdidas por interrupción comercial
- Intereses (incluye hipotecas pagadas a un banco, etc.)
- Servicios legales y profesionales
- Alquiler o arrendamiento del local o servicios públicos
- Comisiones, licencias, impuestos y honorarios
- Propaganda
- Trabajos contratados
- Reparaciones y mantenimiento
- Determinados viajes y comidas empresariales
- Impuestos deducibles para autónomos
- Costo del seguro médico para autónomos
- Contribuciones a SEP, SIMPLE, o planes de retiro calificado para empleados independientes

Infórmenos sobre otros ingresos

Tache los datos que **no sean correctos** sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos.
Fotocopie esta página si necesita más espacio para agregar otros tipos de ingresos.

Desempleo

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Social Security

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Informe sobre otros tipos de ingresos, como pensiones, jubilaciones, pensión alimenticia recibida, agricultura o pesca, ingresos por alquileres o regalías, etc.

Otro tipo de ingresos_____

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Otro tipo de ingresos_____

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Deducciones o retenciones

Si a alguna de las personas de su grupo familiar le realizan **deducciones o retenciones**, como pensión alimenticia, intereses por préstamos estudiantiles, etc., infórmenos de qué tipo. **No** debe incluir los costos que ya consideró en su respuesta para calcular el importe neto por empleo autónomo.

Pensión alimenticia pagada a otra persona

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Intereses pagados por préstamos estudiantiles

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Otras deducciones o retenciones_____

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Seguro médico

Infórmenos sobre las **otras** coberturas de seguro médico que su grupo familiar tiene.

¿Alguien está inscripto en una cobertura médica actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, marque la cobertura médica. ☐ Medicaid ☐ ***hawk-i*** ☐ Medicare ☐ Tricare
☐ Veteranos ☐ Cuerpos de Paz ☐ Plan médico para jubilados ☐ COBRA

☐ Seguro del empleador Nombre del seguro médico_____ Número de póliza_____

☐ Privado/otro_____

Coberturas médicas de empleos

Complete esta sección si alguna de las personas que figuran en este formulario califica para cobertura médica a través de su empleo, aunque no esté inscripta actualmente. 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 (Marketplace enviará notificaciones 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 no**, continúe en la sección **Cambios esperados.**

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

_____

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

_____

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

☐ Sí ☐ No ¿El plan médico ofrecido por el empleador cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?

Si respondió que sí, ¿a quién cubre? ☐ Cónyuge ☐ Dependientes

☐ Sí ☐ No Un plan médico laboral cumple con "la norma de valor mínimo" si la proporción cubierta por el plan no es inferior al 60% del costo total de los beneficios permitidos. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con la norma de valor mínimo?

☐ Sí ☐ No ¿El plan de menor costo que cumple con "la norma de valor mínimo" ofrece un programa de salud **para el empleado únicamente**? (No incluya planes familiares.)

Si respondió sí, ¿cuánto tendría que pagar en primas después de recibir el descuento máximo por programas para dejar de fumar? (No reste los otros descuentos del programa.)

$_____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

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

☐ El empleador no ofrecerá cobertura médica

☐ El empleador ofrecerá cobertura para los empleados o modificará la prima del plan de menor costo disponible para empleados que cumplan con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento para programas de salud.)

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

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha del cambio:_____

Cambios esperados

Infórmenos si ha habido cambios o si podría haber cambios. Ejemplos:

- Personas en el grupo familiar
- Condición impositiva
- Empleo
- Seguro médico
- Divorcio o casamiento
- Domicilio
- Embarazo (indique la fecha de parto)
- Terminación de embarazo
- Otros

Explique qué y cuándo _____

Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Lea la siguiente declaración y marque **una** casilla.

Con el fin de facilitar la verificación de mis ingresos para la revisión, autorizo a Department of Human Services a utilizar los datos que figuran en mis declaraciones impositivas por la cantidad de años que he marcado a continuación.

Entiendo que Department of Human Services me enviará una carta con los datos que tienen sobre mis ingresos. Podré modificarlos. Además, podré cambiar de opinión y no permitir que Department of Human Services verifique dichos datos.

Sí, doy mi autorización para verificar mis ingresos en las declaraciones impositivas por (marcar una casilla):

☐ 5 años (tiempo máximo) ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No, no doy mi autorización para utilizar mis declaraciones impositivas.

Lea y firme este formulario de solicitud

Su firma o marca	Teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario, si corresponde	Teléfono	Fecha de hoy

Conserve esta página para su información.

Sus derechos y obligaciones

- 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.
- Al firmar este formulario, autorizo a DHS a compartir sus registros médicos y otros documentos con funcionarios federales y estatales.
- Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de la misma manera que una firma escrita.
- Es de mi conocimiento que los datos que figuran en este formulario serán utilizados sólo para determinar mi elegibilidad para asistencia médica y que los mismos tendrán carácter confidencial como lo exige la ley.
- Entiendo que en el caso de recibir Medicaid, el Departamento iniciará el reclamo de ayuda económica sin fines médicos para mí y mis hijos si así lo solicito. Los servicios de ayuda económica para tratamiento médico incluyen el establecimiento de la paternidad y el establecimiento y la ejecución de ayuda económica para tratamiento médico.
- Entiendo las preguntas y los enunciados que figuran en este formulario.
- Entiendo que toda la información que he dado, inclusive los datos sobre beneficios e ingresos, serán cotejados con los datos de registros municipales, estatales y federales, como empleadores, el servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS), la Administración de Social Security, agencias impositivas, de bienestar social y desempleo, etc. y entiendo que la información recibida podría afectar mi elegibilidad para beneficios.
- Entiendo que los datos que he dado en este formulario, incluso los datos sobre beneficios e ingresos, están sujetos a investigación y revisión por personal federal, estatal y del condado, y que en el caso de haber provisto información incorrecta, mis beneficios serán denegados o suspendidos.
- Es de mi conocimiento que conforme a las leyes federales, se prohíbe cualquier tipo de discriminación con respecto a raza, color, país de origen, sexo 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 asistencia médica en este formulario se encuentra en prisión (detenido o preso).
- Es de mi conocimiento que otra persona puede actuar como mi representante durante el proceso. Entiendo que me explicarán sobre mi elegibilidad y otros datos importantes. Entiendo que un cambio en mi condición podría afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- Puedo apelar la resolución de Health Insurance Marketplace o Medicaid/***hawk-i*** en el caso de considerar que se ha cometido un error. Apelar significa decirle a alguien del seguro médico Marketplace o de Medicaid/***hawk-i*** que creo que la resolución tomada es errónea y solicitar que la misma sea revisada de manera imparcial. Es de mi conocimiento que el procedimiento para apelar se encuentra en la página 8, en la sección Apelaciones.

¿Qué hago con este formulario ahora?

Después de completar el formulario, envíelo en el sobre que se adjunta. Envíelo por correo al domicilio impreso en la página 1. Dicho domicilio está debajo de su dirección postal. También puede traer el formulario personalmente a la oficina.

Información sobre los números de Social Security

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos dan sus números de Social Security o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de informarnos los números de Social Security de las personas de su grupo familiar que no solicitan asistencia, pero puede hacerlo si lo desea.** No obstante, tenga en cuenta que utilizaremos todos los números de Social Security del mismo modo que utilizamos los de aquellas personas que reciben asistencia.

Les denegaremos asistencia a aquellas personas de su grupo familiar que no nos informen sus números de Social Security. Existen algunas excepciones a esta regla. Por favor, pregúntele a su asistente.

No le entregaremos ningún número de Social Security al Servicio de Ciudadanía e Inmigración.

Conserve esta página para su información.

Medicaid

Verificamos lo que nos informa

La información provista será verificada por funcionarios federales, estatales y locales para constatar que es verdadera. Podríamos verificar: el número de Social Security, empleo y sueldo, saldo en cuentas bancarias, condición inmigratoria y dinero recibido de otras fuentes, como Social Security y seguro de desempleo, de cada una de las personas que figuren en la solicitud. Rechazaremos su solicitud si los datos presentados no son correctos.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguno de los integrantes de su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto podría ser debido a la inhabilitación de una persona en un programa de otro estado.

La verificación se realiza utilizando sistemas informáticos como el sistema estatal *Income and Eligibility Verification System* y el sistema federal *Federal Facilitated Exchange,* que incluye *Internal Revenue Service* (IRS), *Social Security Administration* (SSA) y *Department of Homeland Security* (DHS). En el caso de encontrar diferencias entre lo que nos informó y los registros del sistema informático, trataremos de averiguar cuáles son los datos correctos. Para verificar su información, podríamos comunicarnos con su empleador, su banco y otras personas. Le preguntaremos a usted primero, antes de verificar los datos con su empleador, su banco y otras personas.

Cosas que debe saber

- Deberá presentar la solicitud para otros beneficios a los que tenga derecho y deberá aceptarlos.
- Deberá entregarnos información y presentar comprobantes cuando los solicitemos.
- Deberá completar los formularios de revisión cuando sean solicitados.
- DHS podrá entregarle sus respuestas a los funcionarios encargados del orden público con el fin de capturar a aquellas personas que estén prófugas para evadir la ley.
- La unidad de Control de Calidad y la unidad de Investigaciones podrán revisar su caso. Podrían comunicarse con otras personas u organizaciones para conseguir la verificación de sus datos. Al firmar este formulario, nos da autorización para divulgar información confidencial a las unidades de Control de Calidad y de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.
- Deberá reintegrar los beneficios que reciba o que sean pagados a terceros si no calificaba para recibirlos.
- La sección 1128B de la Ley de Social Security dispone sanciones a nivel federal por actos fraudulentos e informes falsos en relación a estos programas.
- Toda persona que obtenga, trate de obtener, o ayude a otra persona a obtener asistencia a la que no tiene derecho, será culpable de infringir las leyes del estado de Iowa. Esto incluye los capítulos 249 y 249A del Código de Iowa, entre otros.
- Puede presentar la solicitud para una parte de su grupo familiar aunque algunos de ellos no sean inmigrantes legales. Por ejemplo, los padres que no sean inmigrantes legales pueden presentar la solicitud para los hijos que sean ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros habilitados. El Departamento verificará la condición inmigratoria de su grupo familiar con el *Department of Homeland Security*. La información provista por dicho departamento podría afectar los beneficios de esas personas. No se le pedirá información a *Department of Homeland Security* sobre aquellas personas para las que no presente la solicitud. No obstante, es posible que se utilicen sus ingresos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener Medicaid.
- ***La presentación deliberada de información incorrecta ocasionará que iniciemos un juicio civil o penal en su contra. Además, sus beneficios podrían sean reducidos o podría tener que devolver el dinero recibido.***

Esta autorización perderá validez cuando su Medicaid finalice.

Tiene derecho a apelar

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

- Complete la 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 un 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, Iowa 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.

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

No será discriminado

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato equitativo con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, los empleados y los clientes, sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si considera que DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta de queja a:
Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

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 que 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 de la autorización 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. Recuerde de firmar página 6.

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)	

Iowa Department of Human Services

Medicaid/*hawk-i* Review

USE ONLY BLUE OR BLACK INK.

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES

Due Date	Case Number	County Number	Worker Name
Email Address	Phone Number	Contact Preference	

It's time to review your case. Please fill out this form and send it to the address above by the due date. This information will be used to decide if you will continue to get Medicaid/***hawk-i***.

What do I do with this form?

You must:
- Fill out this form.
- Sign and date page 6.
- Send the form to us at the address above by
- Use extra paper, if needed for your answers.

What if I have questions?

Call your worker at . We will accept collect calls.

Household Members

These people get benefits with you or are counted to figure your benefits. Please fill in any missing information in the table below. *Cross out any information that is **not correct** about members of your household. Write in any new information.*

Name/State ID or CIN	Birth Date	Social Security Number	Relationship to You	Gender Male/Female	Resident of Iowa? Yes/No	U.S. Citizen? Yes/No	Eligible Immigration Status? Yes/No (If yes, list document type and ID number.)

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

Is anyone in your household pregnant? ☐ Yes ☐ No

If yes, who?_____ Due date_____ Number of expected babies_____

Is there anyone else living in your home that is not listed on page 1? ☐ Yes ☐ No
If yes, fill out the information below.

Has anyone moved in or out of your home? ☐ Yes ☐ No
If yes, fill out the information below.

Name	Social Security Number	Birth Date	Relationship to You	Date Moved In	Date Moved Out	U.S. Citizen? Yes/No	Eligible Immigration Status? Yes/No (If yes, list document type and ID number.)	Applying for Benefits? Yes/No

If you have moved, give your new address.

Street Address	City, State and Zip Code
Mailing Address (if different)	City, State and Zip Code

If anyone is in the military, a veteran, or a spouse of a veteran, list who and which they are.

_____

Was anyone in the household on foster care at age 18 or older?

List here:_____

I can confirm that no one applying for medical assistance on this application is incarcerated (detained or jailed).

If not, the name of the person incarcerated is?_____

American Indian or Alaskan Native Family Members (AI/AN)

Are you or anyone in your family an American Indian or Alaska Native? ☐ Yes ☐ No
If yes, fill out the information below. If no, skip to the next section.

AI/AN Person 1:

Name (first, middle, last)

AI/AN Person 2:

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 Healthy and Well Kids in Iowa (***hawk-i***). 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.

Tax Information

We need information about who files tax returns. *You can still renew if you do not file tax returns.* You must tell us about who files federal income tax returns. If you leave this blank, we will assume that you do not file federal income tax returns. *Make a copy of this page if you need space for more tax filers.*

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

☐ Yes If **yes**, answer all of the questions below. ☐ No If **no**, answer the questions marked with a star ☆ below.

	Name (first, middle, last & suffix)	If this person is filing a joint return, write the name of the spouse:	If this person will claim dependents, write the names of the dependents:
Person 1			
Person 2			
Person 3			
Person 4			

☆ If anyone will be claimed as a dependent on someone else's tax return, write the name of the tax filer and the dependents. Answer only if different than what you reported above or if you did not fill in any information above.

Name of tax filer:_____

Name of dependents:_____

Tell Us About Work

You must tell us about all money the people in your household get. If someone has more than one job, tell us about **all jobs**. You can report **self-employment** on the next page. If you leave a space blank, we will assume that you have no money of this kind. Please use an additional sheet of paper, if needed. If you have proof of income (check stubs, employer's statement, tax returns, etc.), you may send it with this review. This may speed up the processing of your review. *Make a copy of this page if you need space for more jobs or people. Cross out any information that is **not correct** about members of your household. Write in any new or missing information.*

Job 1

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Job 2

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Job 3

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Job 4

Name of the Person Who is Working (first, middle, last & suffix)			
Employer Name		Employer Phone Number	
Employer Address	City	State	Zip Code
How much does this person get paid per pay period (before taxes)? $	How often are wages or tips paid? ☐ Hourly ☐ Every other week ☐ Monthly ☐ Weekly ☐ Twice a month ☐ Annually		Average hours worked each week:

Will the amount of money from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain _____

Has anyone been hired for a job but not received a paycheck yet? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____ Employer name? _____

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

Self-Employment

If anyone in your household is **self-employed**, we need to know about their work. *See the instructions for more information about deductions.*

	Name (first, middle, last & suffix)	Type of work:	How much net income will this person get from self-employment this month?
Person 1			Amount $
Person 2			Amount $

➢ Subtract the expenses below from your gross income to get your net self-employment income.

- Car and truck expenses (for travel during workday, not commuting)
- Depreciation
- Employee wage and fringe benefits
- Property, liability, or business interruption insurance
- Interest (including mortgage paid to bank, etc.)
- Legal and professional services
- Rent or lease of business property or utilities
- Commissions, licenses, taxes, and fees
- Advertising
- Contract labor
- Repairs and maintenance
- Certain business travel and meals
- Deductible self-employment taxes
- Cost of self-employed health insurance
- Contributions to self-employed SEP, SIMPLE, or qualified retirement plan

Tell Us About Other Income

Cross out any information that is **not correct** about members in your household. Write in any new information. *Make a copy of this page if you need space for more types of other income.*

Unemployment

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Social Security

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Report other income types, such as pensions, retirement, alimony received, farming or fishing, rental income or royalties, etc.

Other Income Type_____

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Other Income Type_____

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Deductions

If anyone in your household has **deductions,** such as alimony, student loan interest and other, tell us what kind. You should **not** include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

Alimony Paid to Someone Else

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Student Loan Interest Paid

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Other Deductions_____

Name (first, middle, last & suffix)	How much?	How often?
	$	☐ Weekly ☐ Every other week ☐ Annually ☐ Monthly ☐ Twice a month ☐ Other_____

Health Insurance

Tell us about **other** health insurance coverage people have.

Is anyone enrolled in health coverage now? ☐ Yes ☐ No

If yes, check the health coverage. ☐ Medicaid ☐ ***hawk-i*** ☐ Medicare ☐ Tricare
☐ Veterans ☐ Peace Corps ☐ Retiree Health Plan ☐ COBRA

☐ Employer insurance Name of health insurance_____ Policy number_____

☐ Private/other_____

Health Coverage From Jobs

Complete this section if anyone on this form is eligible for health coverage from a job, even if not currently enrolled. 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 the **Expected Changes** section.

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 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% of such costs. Does the employer offer a plan that meets the minimum value standard?

☐ Yes ☐ No Does the employer's lowest-cost plan that meets the "minimum value standard" offer a wellness program to **only the employee**? (Do not include family plans.)

If yes, how much would the employee have to pay in premiums after receiving the maximum discount for any tobacco cessation programs? (Do not deduct any other discounts based on the wellness program.) $_____

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

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 coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available 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:_____

Expected Changes

Tell us if any changes happened or may happen. Examples:

- People in household
- Tax status
- Employment
- Health insurance
- Divorce or marriage
- Address
- Pregnancy (list due date)
- Pregnancy ending
- Other

Explain what and when:_____

Renewal of Coverage in Future Years

Read the statement below and check **one** box.

To make it easier to check my income at review time, I give permission to the Department of Human Services to use income information from my tax returns for the number of years I checked below.

I understand that the Department of Human Services will send me a letter with the income information they have. I can make changes to it. I can also change my mind and not allow the Department of Human Services to check this information.

Yes, I give permission to check my income on tax returns for (check one box):

☐ 5 years (the longest time) ☐ 4 years ☐ 3 years ☐ 2 years ☐ 1 year

☐ No, I do not give permission to use my tax returns.

Read and Sign This Application

Your Signature or Mark	Phone Number	Today's Date
Signature of Person, if Any, Who Helped Complete the Form	Phone Number	Today's Date

Please keep this page for your information.

Your Rights and Responsibilities

- 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.
- By signing this application, I give permission for DHS to share medical and other health care records with federal and state officials.
- I understand that an electronic signature has the same legal effect and can be enforced in the same way as a written signature.
- I know that my information on this form will only be used to determine eligibility for medical assistance and will be kept private as required by law.
- I understand that if I receive Medicaid, the Department will pursue non-medical support for myself and my children upon my request. Medical support services include the establishment of paternity and the establishment and enforcement of medical support.
- I understand the questions and statements on this application.
- I understand that any facts that I have given, including benefit and income facts, will be matched with local, state, and federal records, such as employers, U.S. Citizenship and Immigration Service (USCIS), the Social Security Administration, tax, welfare, and unemployment agencies, etc. and I understand that the information received may affect my eligibility for benefits.
- I understand information, including benefit and income facts, that I have given on this form is subject to investigation and review by county, state, and federal personnel and that if I give incorrect facts my benefits may be denied or stopped.
- I know that under federal law, discrimination isn't permitted on the basis of race, color, national origin, sex or disability. I can file a complaint of discrimination by visiting www.hhs.gov/ocr/office/file.
- I can confirm that no one applying for medical assistance on this application is incarcerated (detained or jailed).
- 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. I understand that a change in my status could affect the eligibility for members of my household.
- If I think the Health Insurance Marketplace or Medicaid/***hawk-i*** has made a mistake, I can appeal its decision. To appeal means to tell someone at the Health Insurance Marketplace or Medicaid/***hawk-i*** that I think the action is wrong, and ask for a fair review of the action. I know that the process of how to appeal is found on page 8 in the Appeals section.

What do I do with the form now?

After you have filled out the form, please send the form back to us using the envelope that was included. Be sure to mail it to the office address printed on page 1. This address is under your mailing address. You may also bring this form to the office.

Social Security Number Information

We can give help only to people who give us their Social Security Number or proof of application from the Social Security office. **You don't have to give us the Social Security Number for people in your household who you do not want help for, but you may choose to give us their Social Security Number.** However, we will use any Social Security Number given to us the same way we use the Social Security Number of people getting assistance.

If you do not give us a Social Security Number for people in your household, we will deny assistance to those people. There are some exceptions to this. Please ask your worker.

We will not give any Social Security Number to the Citizenship and Immigration Service.

Please keep this page for your information.

Medicaid

We Check What You Tell Us

The information you give us may be checked by federal, state and local officials to make sure it is true. Things we might check are any listed person's: Social Security Number, job and pay, bank account amount, alien status, and amounts received from other sources like Social Security or unemployment. If any information you give us is not correct, we may deny your application.

We may check records from other states to see if any person in your household can get benefits in Iowa. This may be because a person was disqualified from a program in another state.

We check and use computer systems like the State Income and Eligibility Verification System, the Federal Facilitated Exchange including Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration (SSA), and Department of Homeland Security (DHS). If something you told us is different from what the computer system tells us, we will check to find out what is correct. We might check your information by contacting your employer, your bank or other people. To do this kind of checking with your employer, bank, or other people, we will ask you first.

Things You Need to Know

- You must apply for and accept any other benefits which you may be entitled to receive.
- You must give us information and provide proof, when we ask for it.
- You must fill out review forms when you are asked to.
- DHS may give your answers to law enforcement officials to catch persons fleeing to avoid the law.
- The Quality Control unit or Investigations unit may review your case. They may contact other people or organizations to get proof of your information. By signing this application, you give permission to release confidential information to the Quality Control unit or Investigations unit. You must cooperate with them to keep your benefits.
- You will have to pay back any benefits you got or that were paid to a third party on your behalf for which you were not eligible.
- Section 1128B of the Social Security Act provides federal penalties for fraudulent acts and false reporting in connection with these programs.
- Anyone who gets, tries to get, or helps any other person get assistance to which they are not entitled, is guilty of violating the laws of the state of Iowa. This includes, but is not limited to, Iowa Code Chapters 249 and 249A.
- You can apply for part of your household even if some members do not have lawful immigrant status. For example, parents who do not have lawful immigrant status may apply for their children who are U.S. citizens or qualified aliens. The Department may check your household's alien status with the Department of Homeland Security. Any information from the Department of Homeland Security may affect that individual's benefits. The Department of Homeland Security will not be contacted about people you do not apply for. However, their income may be used to see if the rest of the household can get Medicaid.
- ***Giving wrong information on purpose may result in us taking criminal or civil legal action against you. It might also mean we reduce your benefits or take money back from you.***

This permission ends when your Medicaid stops.

You Have the Right to Appeal

You, or the person helping you, may request an appeal hearing if you do not agree with any action taken on your case. You must appeal in writing. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer or someone else act on your behalf.

You may contact your county DHS office about legal services. You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

You Will Not be Discriminated Against

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, you can send a letter of complaint to:
Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut,
Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

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. Remember to also sign page 6.

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

Medicaid/*hawk-i* Review
(Revisión de Medicaid/*hawk-i*)

ESCRIBA CON TINTA AZUL O NEGRA.

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES

Fecha límite de entrega de de	Caso Nº.	Condado Nº.	Nombre del asistente
Dirección de correo electrónico	Teléfono	Modo de contacto preferido	

Ha llegado el momento de revisar su caso. Por favor, complete este formulario y envíelo al domicilio indicado arriba, antes de la fecha límite de entrega. Estos datos serán utilizados para decidir si continuará recibiendo servicios de Medicaid/***hawk-i***.

¿Qué hago con este formulario?

Debe:

- Completar este formulario.
- Firmarlo y escribir la fecha en la página 6.
- Envíenos el formulario al domicilio indicado anteriormente, antes del de de
- Use una hoja extra si necesita más espacio para sus respuestas.

¿Y si tengo dudas?

Llame a su asistente al . Aceptaremos llamadas por cobrar.

Integrantes del grupo familiar

Estas personas reciben beneficios con usted o son contabilizadas para calcular sus beneficios. Complete los datos faltantes en el siguiente cuadro. *Tache los datos que no sean correctos sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos.*

Nombre/Ident. Estatal o CIN	Fecha de Nac.	Nº. de Social Security	¿Parentesco con usted?	Género Masc./Fem	¿Reside en Iowa? Sí/No	¿Ciudadano de Estados Unidos? Sí/No	¿Condición inmigratoria elegible? Sí/No (Si respondió que sí, indique tipo y Nº. del documento de identidad)

¿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

¿Alguna de las mujeres de su grupo familiar está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, ¿quién?_____ Fecha de parto_____ Cantidad de bebés esperados_____

¿Hay personas viviendo en su hogar que no figuran en la página 1? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, complete los siguientes datos.

¿Alguien se mudó a su hogar o se fue de su hogar? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, complete los siguientes datos.

Nombre	Nº. de Social Security	Fecha de Nac.	Parentesco con usted	Fecha en que se mudó a su hogar	Fecha en que se fue de su hogar	¿Ciudadano de U.S.? Sí/No	¿Condición inmigratoria elegible? Sí/No (Si respondió que sí, indique tipo y Nº. del documento de identidad)	¿Solicita beneficios? Sí/No

Si usted se ha mudado, indique su nuevo domicilio.

Dirección residencial	Ciudad, Estado y Código Postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, Estado y Código Postal

Si alguien está en las fuerzas armadas, es veterano o cónyuge de un veterano de guerra, indique quién y qué son.

_____

¿Algún integrante del grupo familiar estuvo en un hogar sustituto cuando tenía 18 años o más?

Indique sus nombres aquí:_____

Confirmo que ninguna de las personas para las que se solicita asistencia médica en este formulario se encuentra en prisión (detenida o presa).

De lo contrario, la persona que se encuentra en prisión se llama:_____

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

¿Usted o alguien de su familia es aborigen estadounidense o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, complete los siguientes datos. Si respondió no, omita esta sección y continúe en la siguiente.

AI/AN Persona 1:	**AI/AN Persona 2:**
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

AI/AN Persona 1:		**AI/AN Persona 2:**
☐ Sí ☐ No	¿Es miembro de tribu reconocida a nivel 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,** ¿califica para obtener alguno de dichos servicios?	☐ Sí ☐ No
$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Ciertos ingresos no pueden ser contabilizados para Medicaid o Healthy and Well Kids in Iowa (***hawk-i***). Indique todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de las siguientes fuentes:	$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

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

Información impositiva

Necesitamos información sobre las personas que presentan declaraciones impositivas. *Puede renovar su solicitud aunque no presente declaraciones impositivas.* Debe decirnos quienes presentan declaraciones impositivas de ingresos a nivel federal. Si deja esta sección en blanco, asumiremos que nadie lo hace. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir a otros contribuyentes.*

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

☐ Sí Si respondió **sí**, conteste todas las siguientes preguntas. ☐ No Si respondió **no**, conteste las preguntas marcadas con una estrella ☆.

	Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Si esta persona presentará una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:	Si declarará personas dependientes, escriba los nombres de los dependientes:
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			
Persona 4			

Si alguien será declarado como dependiente en la declaración impositiva de otra persona, escriba el nombre del contribuyente y de las personas dependientes. Responda sólo si la información es diferente a la indicada anteriormente o si no completó nada en las preguntas anteriores.

Nombre del contribuyente:_____

Nombre de las personas dependientes:_____

Infórmenos sobre el trabajo

Debe informarnos sobre todo el dinero que reciben las personas de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre **todos los empleos**. Puede informar sobre **empleos autónomos o por cuenta propia** en la siguiente página. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no reciben dinero de ese tipo. Use una hoja adicional si es necesario. Si tienen comprobantes de ingresos (recibos de sueldo, declaraciones del empleador, declaraciones impositivas, etc.), puede enviarlos con este formulario. Eso podría agilizar el procesamiento de la revisión. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir más empleos o más personas. Tache los datos que no sean correctos sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos o los datos que falten.*

Empleo 1

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

Empleo 2

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

Empleo 3

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

Empleo 4

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? $	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? ☐ Por hora ☐ Semana por medio ☐ Mensualmente ☐ Por semana ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

¿Alguien ha sido contratado para un empleo pero aún no ha cobrado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿quién? _____ Nombre del empleador _____

En los últimos tres meses, ☐ ¿cambió de empleo? ☐ ¿dejó de trabajar? ☐ ¿comenzó a trabajar menos horas? ☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo o por cuenta propia

Si alguno de los integrantes de su grupo familiar trabaja por cuenta propia, necesitamos saber sobre sus trabajos. *Lea las instrucciones con más información sobre las deducciones o retenciones.*

	Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Tipo de trabajo:	¿Cuál es el ingreso neto que obtuvo este mes por empleo autónomo?
Persona 1			Importe $
Persona 2			Importe $

➢ Reste los gastos indicados debajo de su ingreso bruto para obtener el importe neto de ingresos por empleo autónomo.

- Gastos de autos o camionetas (por traslados durante la jornada laboral, que no sean para ir y regresar de su casa al trabajo)
- Depreciación
- Sueldo de empleados y beneficios adicionales
- Seguros de bienes, responsabilidad a terceros o pérdidas por interrupción comercial
- Intereses (incluye hipotecas pagadas a un banco, etc.)
- Servicios legales y profesionales
- Alquiler o arrendamiento del local o servicios públicos
- Comisiones, licencias, impuestos y honorarios
- Propaganda
- Trabajos contratados
- Reparaciones y mantenimiento
- Determinados viajes y comidas empresariales
- Impuestos deducibles para autónomos
- Costo del seguro médico para autónomos
- Contribuciones a SEP, SIMPLE, o planes de retiro calificado para empleados independientes

Infórmenos sobre otros ingresos

Tache los datos que **no sean correctos** sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos.
Fotocopie esta página si necesita más espacio para agregar otros tipos de ingresos.

Desempleo

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Social Security

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Informe sobre otros tipos de ingresos, como pensiones, jubilaciones, pensión alimenticia recibida, agricultura o pesca, ingresos por alquileres o regalías, etc.

Otro tipo de ingresos_____

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Otro tipo de ingresos_____

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Deducciones o retenciones

Si a alguna de las personas de su grupo familiar le realizan **deducciones o retenciones**, como pensión alimenticia, intereses por préstamos estudiantiles, etc., infórmenos de qué tipo. **No** debe incluir los costos que ya consideró en su respuesta para calcular el importe neto por empleo autónomo.

Pensión alimenticia pagada a otra persona

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Intereses pagados por préstamos estudiantiles

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Otras deducciones o retenciones_____

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	$	☐ Semanalmente ☐ Semana por medio ☐ Anualmente ☐ Mensualmente ☐ Dos veces por mes ☐ Otra_____

Seguro médico

Infórmenos sobre las **otras** coberturas de seguro médico que su grupo familiar tiene.

¿Alguien está inscripto en una cobertura médica actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, marque la cobertura médica. ☐ Medicaid ☐ ***hawk-i*** ☐ Medicare ☐ Tricare
☐ Veteranos ☐ Cuerpos de Paz ☐ Plan médico para jubilados ☐ COBRA

☐ Seguro del empleador Nombre del seguro médico_____ Número de póliza_____

☐ Privado/otro_____

Coberturas médicas de empleos

Complete esta sección si alguna de las personas que figuran en este formulario califica para cobertura médica a través de su empleo, aunque no esté inscripta actualmente. 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 (Marketplace enviará notificaciones 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 no**, continúe en la sección **Cambios esperados.**

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

_____

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

_____

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

☐ Sí ☐ No ¿El plan médico ofrecido por el empleador cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?

Si respondió que sí, ¿a quién cubre? ☐ Cónyuge ☐ Dependientes

☐ Sí ☐ No Un plan médico laboral cumple con "la norma de valor mínimo" si la proporción cubierta por el plan no es inferior al 60% del costo total de los beneficios permitidos. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con la norma de valor mínimo?

☐ Sí ☐ No ¿El plan de menor costo que cumple con "la norma de valor mínimo" ofrece un programa de salud **para el empleado únicamente**? (No incluya planes familiares.)

Si respondió sí, ¿cuánto tendría que pagar en primas después de recibir el descuento máximo por programas para dejar de fumar? (No reste los otros descuentos del programa.)

$_____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

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

☐ El empleador no ofrecerá cobertura médica

☐ El empleador ofrecerá cobertura para los empleados o modificará la prima del plan de menor costo disponible para empleados que cumplan con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento para programas de salud.)

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

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha del cambio:_____

Cambios esperados

Infórmenos si ha habido cambios o si podría haber cambios. Ejemplos:

- Personas en el grupo familiar
- Condición impositiva
- Empleo
- Seguro médico
- Divorcio o casamiento
- Domicilio
- Embarazo (indique la fecha de parto)
- Terminación de embarazo
- Otros

Explique qué y cuándo _____

Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Lea la siguiente declaración y marque **una** casilla.

Con el fin de facilitar la verificación de mis ingresos para la revisión, autorizo a Department of Human Services a utilizar los datos que figuran en mis declaraciones impositivas por la cantidad de años que he marcado a continuación.

Entiendo que Department of Human Services me enviará una carta con los datos que tienen sobre mis ingresos. Podré modificarlos. Además, podré cambiar de opinión y no permitir que Department of Human Services verifique dichos datos.

Sí, doy mi autorización para verificar mis ingresos en las declaraciones impositivas por (marcar una casilla):

☐ 5 años (tiempo máximo) ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No, no doy mi autorización para utilizar mis declaraciones impositivas.

Lea y firme este formulario de solicitud

Su firma o marca	Teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario, si corresponde	Teléfono	Fecha de hoy

Conserve esta página para su información.

Sus derechos y obligaciones

- 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.
- Al firmar este formulario, autorizo a DHS a compartir sus registros médicos y otros documentos con funcionarios federales y estatales.
- Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de la misma manera que una firma escrita.
- Es de mi conocimiento que los datos que figuran en este formulario serán utilizados sólo para determinar mi elegibilidad para asistencia médica y que los mismos tendrán carácter confidencial como lo exige la ley.
- Entiendo que en el caso de recibir Medicaid, el Departamento iniciará el reclamo de ayuda económica sin fines médicos para mí y mis hijos si así lo solicito. Los servicios de ayuda económica para tratamiento médico incluyen el establecimiento de la paternidad y el establecimiento y la ejecución de ayuda económica para tratamiento médico.
- Entiendo las preguntas y los enunciados que figuran en este formulario.
- Entiendo que toda la información que he dado, inclusive los datos sobre beneficios e ingresos, serán cotejados con los datos de registros municipales, estatales y federales, como empleadores, el servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS), la Administración de Social Security, agencias impositivas, de bienestar social y desempleo, etc. y entiendo que la información recibida podría afectar mi elegibilidad para beneficios.
- Entiendo que los datos que he dado en este formulario, incluso los datos sobre beneficios e ingresos, están sujetos a investigación y revisión por personal federal, estatal y del condado, y que en el caso de haber provisto información incorrecta, mis beneficios serán denegados o suspendidos.
- Es de mi conocimiento que conforme a las leyes federales, se prohíbe cualquier tipo de discriminación con respecto a raza, color, país de origen, sexo 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 asistencia médica en este formulario se encuentra en prisión (detenido o preso).
- Es de mi conocimiento que otra persona puede actuar como mi representante durante el proceso. Entiendo que me explicarán sobre mi elegibilidad y otros datos importantes. Entiendo que un cambio en mi condición podría afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- Puedo apelar la resolución de Health Insurance Marketplace o Medicaid/***hawk-i*** en el caso de considerar que se ha cometido un error. Apelar significa decirle a alguien del seguro médico Marketplace o de Medicaid/***hawk-i*** que creo que la resolución tomada es errónea y solicitar que la misma sea revisada de manera imparcial. Es de mi conocimiento que el procedimiento para apelar se encuentra en la página 8, en la sección Apelaciones.

¿Qué hago con este formulario ahora?

Después de completar el formulario, envíelo en el sobre que se adjunta. Envíelo por correo al domicilio impreso en la página 1. Dicho domicilio está debajo de su dirección postal. También puede traer el formulario personalmente a la oficina.

Información sobre los números de Social Security

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos dan sus números de Social Security o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de informarnos los números de Social Security de las personas de su grupo familiar que no solicitan asistencia, pero puede hacerlo si lo desea.** No obstante, tenga en cuenta que utilizaremos todos los números de Social Security del mismo modo que utilizamos los de aquellas personas que reciben asistencia.

Les denegaremos asistencia a aquellas personas de su grupo familiar que no nos informen sus números de Social Security. Existen algunas excepciones a esta regla. Por favor, pregúntele a su asistente.

No le entregaremos ningún número de Social Security al Servicio de Ciudadanía e Inmigración.

Conserve esta página para su información.

Medicaid

Verificamos lo que nos informa

La información provista será verificada por funcionarios federales, estatales y locales para constatar que es verdadera. Podríamos verificar: el número de Social Security, empleo y sueldo, saldo en cuentas bancarias, condición inmigratoria y dinero recibido de otras fuentes, como Social Security y seguro de desempleo, de cada una de las personas que figuren en la solicitud. Rechazaremos su solicitud si los datos presentados no son correctos.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguno de los integrantes de su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto podría ser debido a la inhabilitación de una persona en un programa de otro estado.

La verificación se realiza utilizando sistemas informáticos como el sistema estatal *Income and Eligibility Verification System* y el sistema federal *Federal Facilitated Exchange,* que incluye *Internal Revenue Service* (IRS), *Social Security Administration* (SSA) y *Department of Homeland Security* (DHS). En el caso de encontrar diferencias entre lo que nos informó y los registros del sistema informático, trataremos de averiguar cuáles son los datos correctos. Para verificar su información, podríamos comunicarnos con su empleador, su banco y otras personas. Le preguntaremos a usted primero, antes de verificar los datos con su empleador, su banco y otras personas.

Cosas que debe saber

- Deberá presentar la solicitud para otros beneficios a los que tenga derecho y deberá aceptarlos.
- Deberá entregarnos información y presentar comprobantes cuando los solicitemos.
- Deberá completar los formularios de revisión cuando sean solicitados.
- DHS podrá entregarle sus respuestas a los funcionarios encargados del orden público con el fin de capturar a aquellas personas que estén prófugas para evadir la ley.
- La unidad de Control de Calidad y la unidad de Investigaciones podrán revisar su caso. Podrían comunicarse con otras personas u organizaciones para conseguir la verificación de sus datos. Al firmar este formulario, nos da autorización para divulgar información confidencial a las unidades de Control de Calidad y de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.
- Deberá reintegrar los beneficios que reciba o que sean pagados a terceros si no calificaba para recibirlos.
- La sección 1128B de la Ley de Social Security dispone sanciones a nivel federal por actos fraudulentos e informes falsos en relación a estos programas.
- Toda persona que obtenga, trate de obtener, o ayude a otra persona a obtener asistencia a la que no tiene derecho, será culpable de infringir las leyes del estado de Iowa. Esto incluye los capítulos 249 y 249A del Código de Iowa, entre otros.
- Puede presentar la solicitud para una parte de su grupo familiar aunque algunos de ellos no sean inmigrantes legales. Por ejemplo, los padres que no sean inmigrantes legales pueden presentar la solicitud para los hijos que sean ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros habilitados. El Departamento verificará la condición inmigratoria de su grupo familiar con el *Department of Homeland Security*. La información provista por dicho departamento podría afectar los beneficios de esas personas. No se le pedirá información a *Department of Homeland Security* sobre aquellas personas para las que no presente la solicitud. No obstante, es posible que se utilicen sus ingresos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener Medicaid.
- ***La presentación deliberada de información incorrecta ocasionará que iniciemos un juicio civil o penal en su contra. Además, sus beneficios podrían sean reducidos o podría tener que devolver el dinero recibido.***

Esta autorización perderá validez cuando su Medicaid finalice.

Tiene derecho a apelar

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

- Complete la 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 un 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, Iowa 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.

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

No será discriminado

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato equitativo con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, los empleados y los clientes, sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si considera que DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta de queja a:
Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

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 que 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 de la autorización 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. Recuerde de firmar página 6.

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)	

Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision, Form 470-2580 or 470-2580(S)

Purpose

The *Presumptive Medicaid Eligibility Notice of Decision* is used to:

- Notify pregnant women, children, or women needing treatment for breast or cervical cancer of the qualified provider's presumptive eligibility decision.
- Verify presumptive Medicaid eligibility for Medicaid providers rendering:
  - Ambulatory prenatal care services to pregnant women, or
  - Full Medicaid services to children or to women with breast or cervical cancer.

Source

The presumptive eligibility program generates form 470-2580 or 470-2580(S) based on entries the qualified provider makes through the Iowa Medicaid Provider Access (IMPA) Portal.

Completion

The qualified provider makes entries into the presumptive eligibility program to complete the form when:

- A woman has filed form 470-2927 or 470-2927(S), *Health Services Application*, with the qualified provider; or
- A child or someone acting on a child's behalf has filed form 470-4855 or 470-4855(S), *Application: Presumptive Health Care Coverage for Children*, with the qualified provider.

Distribution

A copy of the notice will be saved in the presumptive eligibility system. The qualified provider shall:

- Print the notice,
- Give or mail a copy to the applicant, and
- Keep a copy in the presumptive Medicaid record.

Data

The presumptive eligibility program completes the information on the notice based on the entries the qualified provider made.

- For approvals, the system enters:
  - Which type of presumptive eligibility is approved.
  - The woman or child's state identification number.
  - The beginning date of presumptive eligibility.
  - The ending date for presumptive eligibility.
  - Whether the application has already been sent to the Department or the patient needs to submit a Medicaid application.
- For denials, the system provides an explanation of denial (e.g., you are over income, you have already received presumptive eligibility during this pregnancy, etc.).
- The system enters the name, address, telephone number, and email address of the provider making the determination.

Proof of Application for Medicaid, Form 470-2979

Purpose	Form 470-2979, *Proof of Application for Medicaid*, provides the client a letter to verify that the client has applied for Medicaid. Clients may show this form to providers or others as proof of their application.
Source	Complete this form on line using the template on the DHS Intranet eForms web page.
Completion	IM workers complete the form when clients request proof that they have applied for Medicaid.
Distribution	Give or send the original copy to the client.
Data	Enter: ♦ The name of the IM worker. ♦ The county number designation. ♦ The name and address of the applicant. ♦ The notice date (the date the form is completed). ♦ The date the household applied for Medicaid. ♦ The names of the individuals included in the application for Medicaid.

Proof of Medicaid Coverage, Form 470-3491

Purpose	Form 470-3491 provides evidence of prior health coverage under the Medicaid program. Clients may need to furnish this certificate if they become eligible under a group health plan that excludes coverage for medical conditions they had before enrollment (pre-existing conditions).
Source	This form is system-generated.
Completion	All entries are made by the system. The form is automatically sent ten days following the last day of the month in which the person lost Medicaid coverage.
Distribution	One copy is sent to Medicaid beneficiaries who have been terminated from Medicaid.

Provider Request for Member Disenrollment, Form 470-2169

Purpose

Managed health care providers can use form 470-2169 to request that a Medicaid member assigned to them be disenrolled or reassigned. Completion of this form does not cause immediate disenrollment.

Disenrollment is not effective until the managed health care review committee has reviewed the request and the IME Provider Services Unit has coded disenrollment with an effective date. Enrollment still exists until the provider's name no longer appears on the recipient's pink *Medical Assistance Eligibility Card*.

Source

This form is issued to managed health care providers in their managed care handbook. Additional copies are available to participating providers upon request to the IME Provider Services Unit.

Completion

The managed health care provider completes Parts A and B of this form when the provider wants to stop serving the member due to:

- The member's age or sex being outside the provider's normal scope of treatment.
- Issues such as failing to show up for appointments, noncompliance with treatment, and abusive or drug-seeking behavior.

An authorized member of the managed health care review committee is responsible for completing Part C of this form.

Distribution

The provider keeps a copy and mails the original to:

IME Provider Services Unit
PO Box 36450
Des Moines, Iowa 50315

Managed health care staff send a copy of the form to the member at the time of the provider's original request.

After the Review Committee decision has been recorded, the form shall be distributed as follows:

- The review committee retains the original.
- A copy is sent to the provider.

The IME Provider Services Unit does not enter any system action to disenroll the member until it has received instructions from the Division of Medical Services regarding the managed health care review committee's decision.

Data

Part A. Provider information: The managed health care provider completes Part A as follows:

- Check type of managed health care that applies.
- Enter name of managed health care provider.
- Enter Medicaid provider identification number or national provider identifier of the managed health care provider.
- Enter address of managed health care provider.
- Enter signature of authorized person making request for provider.
- Enter date the request is signed.

Part B. Disenrollment request: The managed health care provider completes Part B as follows:

- Enter name of each member for whom disenrollment is requested.
- Enter state Medicaid personal identification number for each member for whom disenrollment is requested.
- State reasons for each person for whom disenrollment is being requested by using disenrollment reason/code. Additional documentation shall be attached, if necessary.

Part C. Managed Health Care Review Committee Decision: The Managed Health Care Review Committee shall make a decision within 30 days of receipt of the request. When the form is completed, the MHC team member shall make the appropriate system entries within ten days.

Section C shall contain approval of the request, a denial of the request, or some specific instructions as to how the managed health care team or managed health care provider should proceed.

- Indicate the decision of the Managed Health Care Review Committee: "approve," "deny," or "other." If "other" is checked, an explanation should be included in the comments section.
- Include comments of the Managed Health Care Review Committee, if appropriate.
- Use this area to relay specific instructions to the income maintenance worker concerning implementation of the Review Committee's decision.
- An authorized member of the Managed Health Care Review Committee shall sign as the designee of the administrator of the Division of Medical Services. The date signed shall be included.

Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

Dear

This letter is being sent to let you know that we have received your documentation requesting payment of special needs reimbursement rates for the following child:

Child Name	Case Number

☐ A determination has been made to **approve** your request for payment at the higher special needs rates.

This rate change is being made effective .

☐ A determination has been made to **deny** your request for payment at the higher special needs rates because:

- ☐ The family failed to provide necessary information.
- ☐ The child does not meet the definition of "special needs" for the Child Care Assistance (CCA) program.
- ☐ The documentation you provided did not verify you are providing extra care or services that merit payment at the higher special needs rates.

☐ A determination has been made to **stop making payments** at the higher special needs rates because:

- ☐ The family failed to provide necessary information.
- ☐ The child no longer meets the definition of "special needs" for the CCA program.

If you have any questions about this letter or payment rates for this child, please contact the centralized child care registration unit at 866-448-4605.

DHS CCA ELIGIBILITY
2309 Euclid Avenue
Des Moines, IA 50310-5703
Phone: 866.448.4605
Fax: 515.564.4032

DHS CCA PAYMENTS AND REGISTRATION
1305 E Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114
Phone: 515.725.3991 or 866.448.4605
Fax: 515.564.4012

A child with “special needs” meets one or more of the following conditions:

- A physician or a school psychologist endorsed by the Iowa Department of Education has diagnosed the child to have a developmental disability that:
    - Substantially limits one or more major life activities, and
    - Requires professional treatment, assistance in self-care, or the purchase of special adaptive equipment.
- A qualified intellectual disability professional has determined the child to have a condition that impairs the child’s intellectual and social functioning.
- A mental health professional has diagnosed the child to have a behavioral or emotional disorder characterized by situationally inappropriate behavior that:
    - Deviates substantially from behavior appropriate to the child’s age, or
    - Significantly interferes with the child’s intellectual, social, or personal adjustment.

NOTE: The fact that the child meets the definition for special needs alone does not mean that the child care provider can charge the special needs rate.

Approve a special needs rate only when you have received documentation from the parent that the child meets the requirements for a special needs rate, and the provider has supplied the required documentation. The documentation must substantiate both of the following:

- A qualified professional has assessed the child to meet the definition of a “child with special needs.”
- The child care provider is responding to those special needs with (but not limited to) adaptive equipment, more careful supervision, or special staff training.

NOTE: Child care funds are for child care services and not for specialized services provided during the program day. Do not approve a special needs rate for therapeutic services that are provided in the child care setting. This includes, but is not limited to, services such as speech, hearing, physical and other therapies; individual or group counseling; therapeutic recreation; and crisis intervention.

A child care provider serving a child determined eligible for protective child care services may receive payment up to the special needs rate, providing that child also meets the definition for a “child with special needs” and the required documentation has been secured.

Provider Special Needs Decision, Form 470-5321

Purpose	The *Provider Special Needs Decision*, form 470-5321, is used to tell a provider whether or not a family's children have been approved to receive special needs payment rates.
Source	Complete this form on line using the template on the DHS Intranet eForms web page.
Completion	After the decision on whether or not to approve special needs rates has been made, the worker completes this letter with the: ♦ Provider's mailing address. ♦ Child's name. ♦ Child's case number.
Distribution	Send this letter to the provider. File a copy of the letter in the DHS case record.
Data	This letter provides information to a child care provider regarding: ♦ Whether or not special needs payment rates are approved for a child. ♦ Basic information regarding the definition of a special needs child. ♦ How a provider may qualify for special needs payment rates.

Iowa Department of Human Services

SSI Medicaid Information

IMPORTANT: Your Medicaid cannot start until you return this form.

County Number

Case Number

State ID

Worker Number

Worker Name

Worker Phone

SSI Application Date

Please send this form back in the enclosed envelope by
so we can decide if you can get Medicaid.

If you need help filling out this form, call your worker at the number listed above. Please answer all questions. **If you are filling out this form for someone else**, please answer the questions as if you were that person.

Please give the phone number where we can reach you: (_____)_____

1. Do you live in a nursing facility? If yes, what is the name of the facility? ❑ Yes ❑ No
   _____
2. Have you or your spouse given away, traded, or sold resources or assets for less than fair market value within the last 60 months (including setting up a trust)? ❑ Yes ❑ No
3. Do you or your spouse have a trust? ❑ Yes ❑ No
4. **Only if you are under the age of 18.** Are both of your parents living with you? If no, list the name(s) and social security number(s) of the parent(s) not living with you. ❑ Yes ❑ No
   Name(s) _____ SSN(s)_____
5. **Only if you recently moved to Iowa**, is the SSI application date the correct date of when you moved to Iowa? If not, then fill in the correct date. ❑ Yes ❑ No
   _____
6. **Only if you are under the age of 23.** Are you a student? ❑ Yes ❑ No
7. **Only if you have a spouse, child or parent who lives with you and that you support**. Do you want to apply for medical and cash assistance for that person? ❑ Yes ❑ No

Retroactive Medicaid Coverage

Only if you want help to pay medical bills you have for the three months before the month you applied for SSI, complete this section. REMEMBER: If you are filling out the form for some one else, fill in the answers for the person who is getting SSI.

If you receive SSI as a disabled person, fill in the date that your disability began: _____

Income

List all income you and your spouse had (or your parents had if you are under age 18) for each of these months and **provide proof of the amount**. Attach a separate sheet if you need more space.

	First month before SSI application			Second month before SSI application			Third month before SSI application		
Type of income received in each month	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents
	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount
Gross earnings									
Veteran's benefits									
Social security									
Private pension									
Disability insurance									
Unemployment benefits									
Dividends and interest									
Income from property									
Workers' compensation									
Railroad retirement									
Gifts									
Accelerated life insurance									
Alimony/ Child support									
Black lung									
Civil service									
In-kind support									
Income insurance									
IPERS									
Life estate									
Self employment									
Trusts									
Student income									
Other (list)									

Resources or Assets

List all resources/assets available to you and your spouse (and your parents if you are under age 18) for each of these months and **provide proof**. Attach a separate sheet if you need more space.

	First month before SSI application			Second month before SSI application			Third month before SSI application		
Type of resource or asset	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents
	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount
Cash on hand									
Checking account									
Savings account									
Stocks or bonds									
Certificates of deposit									
Trust fund									
Value of safety deposit box contents									
IRA/Keogh									
Money market									
Annuities									
Burial funds									
Burial plots									
Home you're not living in									
Home you are living in									
Real estate (not your home)									
Contracts for sale of real estate									
Life estate									
Resources used for self employment									
Life insurance									
Deferred compensation									
Other (identify)									
Vehicles owned by you or your spouse, and if you are under 18 years include your parents' vehicles.	Year _____ Make _____ Model _____ Market value _____			Year _____ Make _____ Model _____ Market value _____			Year _____ Make _____ Model _____ Market value _____		

Health Insurance Information

Remember: If you are filling the form out for some one else, fill in the questions for that person.

1. Do you have Medicare? ❑ Yes ❑ No
   If yes, do you have Part A? ❑ Yes ❑ No Part B? ❑ Yes ❑ No Drug Plan? ❑ Yes ❑ No
2. Do you currently have other health insurance policies? ❑ Yes ❑ No
3. Do you have or could you get health insurance through your job or your spouse's job? ❑ Yes ❑ No
4. If you are under 18, do you have or could you get health insurance through your parent's job? ❑ Yes ❑ No
5. Do you have court ordered medical support? ❑ Yes ❑ No
6. Do you have a lawsuit from an accident? ❑ Yes ❑ No
7. Did you have health insurance that ended since your SSI eligibility began? ❑ Yes ❑ No
   If **yes**, fill in the date it ended: _____
8. Can you get health insurance free of charge? ❑ Yes ❑ No

If you have other health benefits or if you answered Yes to any question about health insurance, complete the following:

Type of policy_____

Name policy holder_____ Relationship to you_____

Address_____

_____

Insurance company name_____

Claims office address_____

_____

Policy number_____ Group number_____

What does the policy cover? (Check all that apply) ❑ Hospital ❑ Physician ❑ Drugs ❑ Dental

If you are covered by more than one health insurance, give us the information on a separate sheet of paper.

Things You Must Agree to If You Get Medicaid

If we need more information, we will contact you after you send this form to the Department of Human Services (DHS). You may call the phone number on the first page if you need Medicaid right away. If you qualify for Medicaid, we will let you know in writing. **You, or someone acting for you, must sign that you agree to the statements on the page titled "Important Statements" before you will get Medicaid.**

I believe the information I give is true, correct, and complete. I know there is a penalty for hiding or giving false information. I understand this and agree to get proof of what I say when asked to by DHS. I certify under penalty of perjury that all answers I give are correct and complete to the best of my knowledge.

Signature or mark of application payee (or legal guardian)		Date	
Signature or person, if any, who helped complete the form		Date	
Name of representative payee		Phone number	
Street address	City	State	Zip code

Important Statements

If I am responsible for a child who is under the age of 18 and has a parent who is not living with this child, I know that I must cooperate to get medical support and to establish paternity when it has not been established for this child. Also, DHS can take action to get medical support for the child from anyone who must provide medical support. When medical support payments for medical expenses have been ordered, they must go to DHS to help pay for medical bills.

I must not let someone else use my medical card.

A medical review is needed before I can get Medicaid if I am living in a nursing home or wanting services that help me to stay at home. The Iowa Medicaid Enterprise (IME) will do this review. I give my permission to DHS, IME, the nursing home and anyone who gives me medical care to share information about my health and information needed to do this review.

The Social Security law requires that DHS use my social security number to check facts with other federal and state government agency computer matching systems like the Internal Revenue Service system. If DHS finds that I gave false information, I will have to pay back what I got incorrectly. I may also face criminal or civil action for giving false information.

Payments made by all health insurance including Medicare must be paid directly to the doctors and health care providers while I get Medicaid. I will cooperate in refunding to DHS payment of any settlement that I get that is to pay for medical bills when Medicaid paid the bill.

The law says DHS does not need permission to recover medical payments. DHS can ask for payment from any person or company who is responsible for paying medical bills for a person who gets Medicaid. I will cooperate with DHS in getting needed information.

Federal and state law allows persons from the federal and state governments to look at records of Medicaid payments. I know that by accepting Medicaid, I am giving my permission for these persons to look at my medical or health care records for the time I am getting Medicaid so these persons can make sure the provider was paid correctly by Medicaid.

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 payments from third parties.

If I am put in a managed health care plan, I will allow release of medical information, including any clinical mental health information, by persons providing medical care to me. This information will be given to the health maintenance organization, or another managed care plan that is giving me service if I am in managed health care. Also, information may be given to the people who are working for the managed health care plan to determine if provided services are correct, are of good quality, or are used correctly.

If I am the person getting SSI and I am under age 21, I can take part in a program called Care for Kids that promotes my health. The worker has more details.

If you don't agree with any action taken on your Medicaid case, you or your representative may ask for a hearing. This request has to be in writing. Any person you choose may present your case at the hearing.

Your local Department of Human Services will assist in filing an appeal if you ask them. If you disagree with any action taken on your Medicaid, you may contact **Iowa Legal Aid at 1-800-532-1275** or, if you live in **Polk County, call 243-1193** if you need help with an appeal.

We look at your request for Medicaid without considering your race, creed, color, sex, age, physical or mental disability, religion, national origin or political belief. (There are rules about getting Medicaid depending on your age and disability.)

What You Should Know

Reporting Changes

When you get Medicaid you must report some changes to your Department of Human Services county office and other changes to the Social Security Administration. Report your income, resources, and living arrangements to the Social Security Administration.

Report the following changes to your county DHS office within 10 days of the date that you know about the change:

- Health insurance coverage
- The cost of health insurance if you live in a nursing facility
- Entering a nursing facility
- Giving away resources or assets
- Making a trust with your resources or assets
- Staying in a hospital for 15 days or more if you get waiver services
- Moving to a new address

If you get other help from our Department, such as Food Assistance or State Supplementary Assistance, there is more information that you must report. Ask your worker about that.

Your Rights

You have the right to:

- Have Medicaid decided for certain months before you get SSI benefits, if you have medical bills. Your worker will tell you if DHS can help pay those bills.
- Ask for help from programs other than Medicaid.
- Have your questions answered.
- To have information kept confidential, unless it is needed to correctly pay your medical bills.

Your Responsibilities

You must provide proof of the facts we ask about in order to receive Medicaid. (*This is only a guide*.)

Your income maintenance worker may ask you for more information or for more facts on information that you have already given. If you cannot get the information, ask your worker for help. You must give written permission for your worker to contact others for that information. You must show us:

- A trust set up with your resources or assets.
- The value of resources or income that you gave away, sold, traded for less than fair market value or did not take possession of.
- Resources of your spouse if you have a spouse at home and you live in a nursing facility.
- Income and resource facts for you or your spouse, if you want Medicaid for the time before your SSI benefits began.
- We may need more facts regarding your health insurance.
- We may need more facts concerning an absent parent of a child under the age of 18.
- Income and resource facts for you and for your parents if you want Medicaid before your SSI began and you are under the age of 18 and lived at home before your SSI benefits began.

"Income" means earned income, income from self-employment, rental income, social security benefits, veteran's benefits, railroad retirement benefits, child support, interest and dividend income, pensions, and cash from property sold on contract, unemployment benefits, or worker's compensation benefits.

"Resources" or assets, means cash, money in the bank, certificates of deposit, IRAs, Keogh accounts, stocks and bonds, licensed and unlicensed vehicles, land, property sold on contract, burial contracts, real property other than your homestead, burial plots, recreational vehicles, property, life insurance or money market accounts.

Important Notice to Property Owners and Renters

Your property taxes may be suspended or reduced, under Iowa law. You may be eligible if you are elderly or disabled.

What is Tax Suspension?

Tax suspension means that you will not have to pay your property taxes until the property is sold or transferred to another person.

Can My Property Taxes Be Suspended?

Your property taxes may be suspended if:

- You get either Supplemental Security Income (SSI) or State Supplementary Assistance (SSA), or
- You live in a nursing home and the Department of Human Services is paying for all or part of the cost for your care.

You will not have to pay a penalty while your taxes are suspended. The suspended taxes will need to be paid when the property is sold or transferred. If you want to, you can still pay your taxes while they are suspended.

The County Board of Supervisors runs the tax suspension program. You must give the County Board of Supervisors proof that you qualify for property tax suspension. You do this in the county where your property is located.

You will get a Notice of Decision that tells you if you are eligible for tax suspension. This notice will be proof that you qualify. This notice will say:

> "You get SSI, State Supplementary Assistance or you live in a facility in which the Department of Human Services is paying some or all of the cost. You may not have to pay property taxes at this time. Take this notice to your County Board of Supervisors to discuss having your property taxes delayed."

Take your notice to the County Board of Supervisors for the county where your property is located. You can find the address and phone number for the County Board of Supervisors in the government section of your phone book.

What is a Tax Credit?

A tax credit lowers or gets rid of the amount of tax to be paid when property is sold or transferred.

Can I Get a Tax Credit?

You may be able to get an extra tax credit of up to $1,000. You must own your homestead property and be responsible for the taxes due on the property.

The amount of the tax credit is based on your income. You may be able to get the extra tax credit if your household's income is less than $22,360.00 and you:

- Were 65 years of age or older as of December 31 of last year, or
- Were totally disabled as of December 31 of last year.

Note: A claim for tax credit may be filed on behalf of an eligible deceased person by the deceased person's spouse, attorney, guardian, or administrator.

To get a tax credit, you must file with your county treasurer.

Can I Get Both?

Yes, it is better for you to file for both a tax suspension and a tax credit.

What if I Am Renting My Home?

If you rent your home, and your home is subject to taxes, you may get up to $1,000 of the total rent you pay each year back. If you live in a nursing home, you are considered to be a renter for this purpose.

You may be eligible for the rent reimbursement if your household's income is less than $22,360.00 and you:

- Were 65 years of age or older as of December 31 of last year, or
- Were totally disabled as of December 31 of last year.

Note: A claim for rent reimbursement may be filed on behalf of an eligible deceased person by the deceased person's spouse, attorney, guardian, or administrator.

Rent reimbursement forms are available at your county treasurer's office.

Iowa Department of Human Services

SSI Medicaid Information
(Recordatorio de Medicaid SSI)

IMPORTANTE: Su Medicaid no comenzará hasta que devuelva este formulario.

Número del condado

Número de caso

Identificación del Estado

Número del trabajador

Nombre del trabajador

Teléfono del trabajador

Fecha de solicitud de SSI

Por favor, envíe este formulario en el sobre que se adjunta antes del para que podamos decidir si usted puede obtener Medicaid.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a su asistente social al número que aparece arriba. Por favor, conteste todas las preguntas. **Si está completando este formulario para otra persona,** conteste las preguntas como si fuera esa persona.

Por favor, indique el número de teléfono al que podemos llamarlo/a: (_____)_____

1. ¿Vive en un centro de cuidados especializados? Si respondió sí, ¿cuál es el nombre del centro? _____ ❑ Sí ❑ No
2. ¿Usted o su cónyuge donaron, canjearon o vendieron recursos o activos a un valor menor que el normal de mercado en los últimos 60 meses (incluida la constitución de un fideicomiso)? ❑ Sí ❑ No
3. ¿Tienen usted o su cónyuge un fideicomiso? ❑ Sí ❑ No
4. **Solo si es menor de 18 años.** ¿Viven sus padres con usted? Si respondió no, indique el/los nombre(s) y número(s) de seguro social de su padre y/o madre que no vive con usted. Nombre(s) _____ SSN(s)_____ ❑ Sí ❑ No
5. **Sólo si usted se mudó recientemente a Iowa**, ¿la fecha de solicitud para SSI es decir, el , es la fecha correcta de cuando usted se mudó a Iowa? Si respondió no, entonces indique la fecha correcta. _____ ❑ Sí ❑ No
6. **Solo si es menor de 23 años.** ¿Es usted estudiante? ❑ Sí ❑ No
7. **Solo si tiene un cónyuge, hijo/a o padre/madre que vive con usted y usted lo/la mantiene**. ¿Desea solicitar asistencia médica y económica para dicha persona? ❑ Sí ❑ No

Cobertura de Medicaid Retroactivo

Complete esta sección solamente si usted desea ayuda para pagar facturas médicas de los tres meses anteriores al mes en que solicitó SSI. RECUERDE: Si está completando este formulario para otra persona, complete las respuestas con la información de la persona que desea obtener SSI.

Si recibe SSI como discapacitado/a, indique la fecha de inicio de su incapacidad: _____

Ingreso

Indique todos los ingresos que usted y su cónyuge tenían (o sus padres tenían, si es menor de 18 años) en cada uno de estos meses y **proporcione comprobantes de los importes**. Adjunte la información en una hoja por separado si necesita más espacio.

	Primer mes antes de solicitud SSI			Segundo mes antes de solicitud SSI			Tercer mes antes de solicitud SSI		
Tipo de ingreso recibido cada mes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Salario bruto									
Beneficios de Veteranos									
Seguro social									
Jubilación privada									
Seguro por incapacidad									
Beneficios de desempleo									
Dividendos e intereses									
Ingresos por propiedades									
Indemnización de trabajadores									
Retiro ferroviario									
Donativos									
Seguro de vida anticipado									
Pensión alimenticia Manutención de hijos									
Pulmón negro									
Administración pública									
Pagos en especies									
Seguro de ingresos									
IPERS									
Propiedad vitalicia									
Trabajo independiente									
Fideicomisos									
Ingresos para estudiantes									
Otros (liste)									

Recursos o Activos

Nombre todos los recursos/activos de que disponían usted y su cónyuge (y sus padres si es menor de 18 años en cada mes y **proporcione comprobantes**. Adjunte la información en una hoja por separado si necesita más espacio.

	Primer mes antes de solicitud SSI			Segundo mes antes de solicitud SSI			Tercer mes antes de solicitud SSI		
Tipo de recurso o activo	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Efectivo en mano									
Cuenta corriente									
Caja de ahorros									
Acciones o bonos									
Certificados de depósito									
Fondo de inversión									
Valor de los contenidos de la caja de seguridad									
IRA/Keogh									
Mercado de dinero									
Rentas anuales									
Fondos de sepultura									
Lotes de sepultura									
Vivienda en la que no reside									
Vivienda en la que reside									
Bienes raíces (no su vivienda familiar)									
Contratos para venta de bienes raíces									
Propiedades vitalicias									
Recursos usados para trabajo independiente									
Seguro de vida									
Compensaciones diferidas									
Otros (especifique)									
Vehículos de su propiedad o de su cónyuge, y si es menor de 18 años incluya los vehículos de sus padres.	Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____			Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____			Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____		

Información sobre Seguro Médico

Recuerde: Si completa este formulario para otra persona, conteste las preguntas con la información de dicha persona.

1. ¿Tiene Medicare? ❑ Sí ❑ No
   Si respondió sí, ¿tiene Parte A? ❑Sí ❑ No ¿Parte B? ❑Sí ❑ No ¿Plan de medicamentos? ❑ Sí ❑ No
2. ¿Tiene otras pólizas de seguros médico en este momento? ❑ Sí ❑ No
3. ¿Tiene o puede obtener seguro médico a través de su empleo o del de su cónyuge? ❑ Sí ❑ No
4. Si es menor de 18 años, ¿tiene o puede conseguir seguro médico a través del empleo de sus padres? ❑ Sí ❑ No
5. ¿Recibe ayuda médica por orden judicial? ❑ Sí ❑ No
6. ¿Tiene una demanda judicial debido a un accidente? ❑ Sí ❑ No
7. ¿Tenía un seguro médico que finalizó desde que el proceso de elegibilidad para SSI se inició? Si respondió **sí**, indique la fecha en que finalizó: _____ ❑ Sí ❑ No
8. ¿Puede obtener seguro médico gratis? ❑ Sí ❑ No

Si tiene otras prestaciones médicas o si respondió "Sí" a alguna de las preguntas sobre seguro médico, complete lo siguiente:

Tipo de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Su parentesco con Ud _____

Domicilio _____

_____

Nombre de la compañía de seguros _____

Domicilio de la oficina de reclamos _____

_____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Qué cubre la póliza? (Marque todo lo que corresponda) ❑Hospital ❑ Médico ❑ Medicamentos ❑ Dentista

Si tiene cobertura de más de un seguro médico, entréguenos la información en una hoja por separado.

Si obtiene Medicaid, deberá aceptar lo siguiente

Si necesitáramos más información, nos comunicaremos con usted después que envíe este formulario al Department of Human Services (DHS). Si necesita utilizar Medicaid inmediatamente, puede llamar al teléfono que aparece en la primera página. Si usted califica para Medicaid, se lo comunicaremos por escrito. **Usted, o la persona que actúe en su representación, debe firmar aceptando las declaraciones de la página titulada "Important Statements" antes de obtener Medicaid.**

Creo que la información que entrego es verdadera, correcta y completa. Sé que existen sanciones por esconder o dar información falsa. Lo comprendo y acepto conseguir pruebas de lo que digo cuando DHS me lo pida. Certifico bajo pena de cometer perjurio que todas las respuestas que presento son correctas y están completas en mi opinión.

Firma o marca del beneficiario (o tutor legal)		Fecha	
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario, si corresponde.		Fecha	
Nombre del representante del beneficiario		Teléfono	
Domicilio	Localidad	Estado	Código postal

Declaraciones Importantes

Si soy responsable de un(a) menor de 18 años y uno de sus padres no vive con él/ella, sé que debo cooperar para conseguirle ayuda médica y para establecer la paternidad si ésta no hubiera sido establecida para dicho(a) menor. Además, con el fin de obtener ayuda médica para el/la menor, DHS puede iniciar acciones legales contra cualquier persona que tenga la obligación de proporcionar ayuda médica. En el caso que se hubiera ordenado el pago de ayuda médica por gastos médicos, dichas personas deben dirigirse a DHS para colaborar con el pago de las facturas médicas.

No debo permitir que otra persona use mi tarjeta médica.

Si estoy viviendo en un una residencia geriátrica o deseo obtener servicios que me ayuden a quedarme en mi hogar, es necesario que me haga un examen médico antes de obtener Medicaid. El examen lo realizará la empresa Iowa Medicaid Enterprise (IME). Autorizo a DHS, IME, a la residencia geriátrica y a cualquier persona que me brinda atención médica a compartir información sobre mi salud y otra información necesaria para realizar dicho examen.

La ley de Seguridad Social requiere que DHS utilice mi número de seguro social para verificar y comparar datos con los sistemas informáticos de otras agencias federales y gubernamentales, como por ejemplo el sistema de Internal Revenue Service (Servicio de Recaudación de Impuestos). Si DHS descubriera que presenté información falsa, deberé devolver lo que conseguí indebidamente. También podría afrontar acciones legales civiles o penales por presentar información falsa.

Todos los seguros médicos, incluido Medicare, deberán realizar los pagos directamente a los médicos y a los proveedores de atención médica mientras obtengo Medicaid. Yo cooperaré para devolverle a DHS el pago de cualquier beneficio que consiga y que esté destinado al pago de facturas médicas, si Medicaid hubiera pagado las facturas.

La ley dice que DHS no necesita autorización para recuperar los pagos por prestaciones médicas. DHS puede solicitar el pago a cualquier persona o compañía que sea responsable de pagar las facturas médicas de una persona que obtenga Medicaid. Yo cooperaré con DHS en la obtención de la información necesaria.

La ley federal y estatal autoriza que los agentes de los gobiernos federal y estatal vean los registros de pagos de Medicaid. Sé que al aceptar Medicaid, estoy autorizando a dichos agentes a ver mi historia clínica y mis expedientes de atención médica durante el período en que obtengo Medicaid, con el fin que dichos agentes puedan comprobar que Medicaid le pagó correctamente al proveedor.

Acepto entregar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para las cuales yo estoy legalmente autorizado/a a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de gastos médicos provenientes de terceros.

Si me ponen en un plan de medicina prepaga (managed health care plan), autorizaré a las personas que me brindan atención médica a que divulguen mi información médica, incluyendo cualquier tipo de información clínica sobre salud mental. Dicha información será entregada a la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), o a otro plan managed care que me brinde servicios, si correspondiera. Además, dicha información podrá ser entregada a los empleados del plan managed care para que determinen si los servicios provistos son adecuados, son de buena calidad o son usados correctamente.

Si soy la persona que desea obtener SSI y soy menor de 21 años, puedo participar del programa llamado “Care for Kids” que promueve la salud. El/La asistente social me dará más información.

Si no está de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas sobre su caso Medicaid, usted o su representante pueden solicitar una audiencia. Dicha solicitud debe ser hecha por escrito. Usted puede elegir a otra persona para que presente su caso en la audiencia.

Su Department of Human Services local le prestará ayuda para que presente una apelación si se los solicita. Si usted no está de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas sobre su Medicaid, puede comunicarse con **Iowa Legal Aid** (Asistencia Legal de Iowa) **al teléfono 1-800-532-1275** o, si vive en **Polk County, llame al teléfono 243-1193** si necesita ayuda con la apelación.

Examinamos su solicitud de Medicaid sin tener en cuenta su raza, credo, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, religión, país de procedencia o creencias políticas. (Existen normas con respecto a su edad e incapacidad para la obtención de Medicaid).

Lo que debe saber

Cómo informar cambios

Cuando obtenga Medicaid, deberá informar algunos cambios a la oficina del condado del Department of Human Services y otras modificaciones a Social Security Administration. Informe sus ingresos, recursos y arreglos de alojamiento a Social Security Administration.

Informe los siguientes cambios a la oficina DHS del condado en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se entere de la modificación:

- La cobertura del seguro médico.
- El costo del seguro médico si vive en un centro de cuidados especializados.
- El ingreso a un centro de cuidados especializados.
- La donación de recursos o activos.
- La creación de un fideicomiso con sus recursos o activos.
- Su permanencia en un hospital por 15 días o más si obtiene servicios de exención (waiver services).
- Su mudanza a un nuevo domicilio.

Si obtiene otro tipo de asistencia de nuestro Departamento, como Food Assistance (Asistencia para Alimentos) o State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria), también deberá informar estos datos. Pregúntele a su asistente social sobre este tema.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Tener Medicaid algunos meses antes de obtener los beneficios SSI, si usted tuviera facturas médicas que pagar. Su asistente social le dirá si DHS puede ayudarle a pagar dichas facturas.
- Solicitar la ayuda de otros programas que no sean Medicaid.
- Que le respondan sus preguntas.
- Que la información sea confidencial, a menos que sea necesaria para pagar sus facturas médicas correctamente.

Sus responsabilidades

Usted debe proporcionar pruebas de los datos sobre los que le preguntamos para recibir Medicaid. (*Ésta es solamente una guía*.)

Su asistente social de Income Maintenance podría pedirle más información o más datos con respecto a la información que ya nos ha entregado. Si no puede conseguir la información, pídale a su asistente social que le preste ayuda. Su asistente social necesitará su autorización para comunicarse con otras personas y conseguir dicha información. Usted debe mostrarnos:

- Un fideicomiso creado con sus recursos o activos.
- El valor de los recursos o ingresos que usted donó, vendió o canjeó por menos del valor normal de mercado o de los que nunca tomó posesión.
- Los recursos de su cónyuge, si su cónyuge vive en su hogar y usted vive en un centro de cuidados especializados
- Los datos de sus ingresos y recursos o los de su cónyuge, si desea recibir Medicaid durante el período anterior a que comiencen los beneficios SSI.
- Podríamos necesitar más datos con respecto a su seguro médico.
- Podríamos necesitar más datos con respecto al padre ausente de un menor de 18 años.
- Los datos de sus ingresos y recursos, y los de sus padres si desea recibir Medicaid antes que comiencen los beneficios SSI, y si usted es menor de 18 años y vivía en su hogar antes del inicio de los beneficios SSI.

"Ingresos" significa: sueldo, ingresos por trabajo independiente, ingresos por rentas, beneficios de seguridad social, beneficios para veteranos, beneficios por retiro ferroviario, manutención de hijos, ingresos por intereses y dividendos, jubilaciones, y dinero en efectivo proveniente de propiedades vendidas por contrato, subsidios de desempleo, o beneficios de Workers´ Compensation.

"Recursos" o activos significa: dinero en efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, IRA (cuentas de jubilación particular), cuentas Keogh (plan de jubilación para profesionales autónomos o propietarios de microempresas), acciones y bonos, vehículos con o sin licencia, tierras o terrenos, propiedades vendidas por contrato, contratos funerarios, bienes inmuebles que no sean su vivienda familiar, lotes de sepultura, vehículos recreativos, propiedades, seguros de vida, o cuentas en el mercado de dinero.

Important Notice to Property Owners and Renters
(Aviso Importante para Propietarios y Arrendatarios)

Bajo las leyes de Iowa, sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse o reducirse. Usted puede ser elegible si es anciano(a) o incapacitado(a).

¿Qué es la suspensión de impuestos?

La suspensión de impuestos significa que usted no tendrá que pagar sus impuestos sobre la propiedad hasta que ésta se venda o se transfiera a otra persona.

¿Pueden ser suspendidos mis impuestos sobre la propiedad?

Sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse si:

- Usted recibe Supplemental Security Income (SSI) o State Supplementary Assistance (SSA), ó
- Si usted vive en un ancianato y el Department of Human Services paga la totalidad o parte del costo de la atención que usted recibe.

Usted no tendrá que pagar ninguna multa mientras sus impuestos estén suspendidos. Deberán pagarse los impuestos suspendidos cuando la propiedad se venda o transfiera. Si lo desea, puede aún pagar sus impuestos mientras están suspendidos.

La Junta de Supervisores del Condado dirige el programa de suspensión de impuestos. Usted debe brindarle pruebas a la Junta de Supervisores del Condado acerca de que usted califica para la suspensión de impuestos sobre la propiedad. Este trámite debe ser realizado en el condado donde está ubicada la propiedad.

Usted recibirá un Aviso de Decisión que le dirá si es elegible para la suspensión del impuesto. Este aviso será prueba de que usted califica. Este aviso dirá lo siguiente:

> "Usted recibe SSI, Asistencia Estatal Suplementaria, o vive en una vivienda cuyo costo es pagado parcial o totalmente por el Department of Human Service. Es posible que no deba pagar impuestos inmobiliarios en este momento. Lleve esta notificación al Consejo del Condado (Board of Supervisors) para plantear la posibilidad de que sus impuestos inmobiliarios sean demorados."

Lleve su aviso a la Junta de Supervisores del Condado del condado donde está ubicada su propiedad. Puede encontrar la dirección y número telefónico de la Junta de Supervisores del Condado en la sección de gobierno de su directorio telefónico.

¿Qué es el crédito de impuestos?

Un crédito de impuestos elimina o reduce el monto de impuestos que deberá pagar cuando venda o transfiera la propiedad.

¿Yo puedo obtener un crédito de impuestos?

Usted puede obtener un crédito de impuestos adicional hasta de $1.000. Usted debe ser dueño de su hogar y ser el responsable de pagar los impuestos sobre la propiedad.

El monto del crédito de impuestos se basa en su ingreso. Usted puede obtener crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a $22.360,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de crédito fiscal a nombre de la persona fallecida.

Para obtener crédito de impuestos, debe solicitarlo ante el tesorero del condado.

¿Puedo obtener ambos?

Sí, es mejor si usted solicita tanto una suspensión de impuestos y un crédito de impuestos.

¿Qué pasa si estoy arrendando mi hogar?

Si usted arrienda su hogar y éste está sujeto a impuestos, usted puede recibir una devolución de hasta $1.000 del total de la renta que paga cada año. Si usted vive en un ancianato, usted se considera un arrendador para estos propósitos.

Usted puede ser elegible para un crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a $22.360,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de reembolso de alquiler a nombre de la persona fallecida.

Los formularios de reembolso de renta están disponibles en la oficina del tesorero de su condado.

Iowa Department of Human Services

SSI Medicaid Information

IMPORTANT: Your Medicaid cannot start until you return this form.

Date:

County Number

Case Number

State ID

Worker Number

Worker Name

Worker Phone

SSI Application Date

Please send this form back in the enclosed envelope by , so we can decide if you can get Medicaid.

If you need help filling out this form, call your worker at the number listed above. Please answer all questions. **If you are filling out this form for someone else**, please answer the questions as if you were that person.

Please give the phone number where we can reach you: _____

1. Do you live in a nursing facility? If yes, what is the name of the facility? ❑ Yes ❑ No
   _____
2. Have you or your spouse given away, traded, or sold resources or assets for less than fair market value within the last 60 months (including setting up a trust)? ❑ Yes ❑ No
3. Do you or your spouse have a trust? ❑ Yes ❑ No
4. **Only if you are under the age of 18.** Are both of your parents living with you? If no, list the name(s) and social security number(s) of the parent(s) not living with you. ❑ Yes ❑ No
   Name(s) _____ SSN(s)_____
5. **Only if you recently moved to Iowa**, is the SSI application date , the correct date of when you moved to Iowa? If not, then fill in the correct date. ❑ Yes ❑ No
   _____
6. **Only if you are under the age of 23.** Are you a student? ❑ Yes ❑ No
7. **Only if you have a spouse, child or parent who lives with you and that you support**. Do you want to apply for medical and cash assistance for that person? ❑ Yes ❑ No

Retroactive Medicaid Coverage

Only if you want help to pay medical bills you have for the three months before the month you applied for SSI, complete this section. REMEMBER: If you are filling out the form for some one else, fill in the answers for the person who is getting SSI.

If you receive SSI as a disabled person, fill in the date that your disability began: _____

Income

List all income you and your spouse had (or your parents had if you are under age 18) for each of these months and **provide proof of the amount**. Attach a separate sheet if you need more space.

	First month before SSI application			Second month before SSI application			Third month before SSI application		
Type of income received in each month	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents
	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount
Gross earnings									
Veteran's benefits									
Social security									
Private pension									
Disability insurance									
Unemployment benefits									
Dividends and interest									
Income from property									
Workers' compensation									
Railroad retirement									
Gifts									
Accelerated life insurance									
Alimony/ Child support									
Black lung									
Civil service									
In-kind support									
Income insurance									
IPERS									
Life estate									
Self employment									
Trusts									
Student income									
Other (List)									

Resources or Assets

List all resources/assets available to you and your spouse (and your parents if you are under age 18) for each of these months and **provide proof**. Attach a separate sheet if you need more space.

	First month before SSI application			Second month before SSI application			Third month before SSI application		
Type of resource or assets	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents	You	Your Spouse	Parents or Dependents
	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount	Amount
Cash on hand									
Checking account									
Savings account									
Stocks or bonds									
Certificates of deposit									
Trust fund									
Value of safety deposit box contents									
IRA/Keogh									
Money market									
Annuities									
Burial funds									
Burial plots									
Home you're not living in									
Home you are living in									
Real estate (not your home)									
Contracts for sale of real estate									
Life estate									
Resources used for self employment									
Life insurance									
Deferred compensation									
Other (Identify)									
Vehicles owned by you or your spouse, and if you are under 18 years include your parents' vehicles.	Year _____ Make _____ Model _____ Market value _____			Year _____ Make _____ Model _____ Market value _____			Year _____ Make _____ Model _____ Market value _____		

Health Insurance Information

Remember: If you are filling the form out for some one else, fill in the questions for that person.

1. Do you have Medicare? ❑ Yes ❑ No
   If yes, do you have Part A? ❑ Yes ❑ No Part B? ❑ Yes ❑ No Drug Plan? ❑ Yes ❑ No
2. Do you currently have other health insurance policies? ❑ Yes ❑ No
3. Do you have or could you get health insurance through your job or your spouse's job? ❑ Yes ❑ No
4. If you are under 18, do you have or could you get health insurance through your parent's job? ❑ Yes ❑ No
5. Do you have court ordered medical support? ❑ Yes ❑ No
6. Do you have a lawsuit from an accident? ❑ Yes ❑ No
7. Did you have health insurance that ended since your SSI eligibility began? ❑ Yes ❑ No
   If **yes**, fill in the date it ended: _____
8. Can you get health insurance free of charge? ❑ Yes ❑ No

If you have other health benefits or if you answered Yes to any question about health insurance, complete the following:

Type of policy_____

Name policy holder_____ Relationship to you_____

Address_____

_____

Insurance company name_____

Claims office address_____

_____

Policy number_____ Group number_____

What does the policy cover? (Check all that apply) ❑ Hospital ❑ Physician ❑ Drugs ❑ Dental

_____

If you are covered by more than one health insurance, give us the information on a separate sheet of paper.

Things You Must Agree to If You Get Medicaid

If we need more information, we will contact you after you send this form to the Department of Human Services (DHS). You may call the phone number on the first page if you need Medicaid right away. If you qualify for Medicaid, we will let you know in writing. **You, or someone acting for you, must sign that you agree to the statements on the page titled "Important Statements" before you will get Medicaid.**

I believe the information I give is true, correct, and complete. I know there is a penalty for hiding or giving false information. I understand this and agree to get proof of what I say when asked to by DHS. I certify under penalty of perjury that all answers I give are correct and complete to the best of my knowledge.

Signature or mark of application payee (or legal guardian)		Date	
Signature or person, if any, who helped complete the form		Date	
Name of representative payee		Phone number	
Street address	City	State	Zip code

Important Statements

If I am responsible for a child who is under the age of 18 and has a parent who is not living with this child, I know that I must cooperate to get medical support and to establish paternity when it has not been established for this child. Also, DHS can take action to get medical support for the child from anyone who must provide medical support. When medical support payments for medical expenses have been ordered, they must go to DHS to help pay for medical bills.

I must not let someone else use my medical card.

A medical review is needed before I can get Medicaid if I am living in a nursing home or wanting services that help me to stay at home. The Iowa Medicaid Enterprise (IME) will do this review. I give my permission to DHS, IME, the nursing home and anyone who gives me medical care to share information about my health and information needed to do this review.

The Social Security law requires that DHS use my social security number to check facts with other federal and state government agency computer matching systems like the Internal Revenue Service system. If DHS finds that I gave false information, I will have to pay back what I got incorrectly. I may also face criminal or civil action for giving false information.

Payments made by all health insurance including Medicare must be paid directly to the doctors and health care providers while I get Medicaid. I will cooperate in refunding to DHS payment of any settlement that I get that is to pay for medical bills when Medicaid paid the bill.

The law says DHS does not need permission to recover medical payments. DHS can ask for payment from any person or company who is responsible for paying medical bills for a person who gets Medicaid. I will cooperate with DHS in getting needed information.

Federal and state law allows persons from the federal and state governments to look at records of Medicaid payments. I know that by accepting Medicaid, I am giving my permission for these persons to look at my medical or health care records for the time I am getting Medicaid so these persons can make sure the provider was paid correctly by Medicaid.

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 payments from third parties.

If I am put in a managed health care plan, I will allow release of medical information, including any clinical mental health information, by persons providing medical care to me. This information will be given to the health maintenance organization, or another managed care plan that is giving me service if I am in managed health care. Also, information may be given to the people who are working for the managed health care plan to determine if provided services are correct, are of good quality, or are used correctly.

If I am the person getting SSI and I am under age 21, I can take part in a program called Care for Kids that promotes my health. The worker has more details.

If you don’t agree with any action taken on your Medicaid case, you or your representative may ask for a hearing. This request has to be in writing. Any person you choose may present your case at the hearing.

Your local Department of Human Services will assist in filing an appeal if you ask them. If you disagree with any action taken on your Medicaid, you may contact **Iowa Legal Aid at 1-800-532-1275** or, if you live in **Polk County, call 243-1193** if you need help with an appeal.

We look at your request for Medicaid without considering your race, creed, color, sex, age, physical or mental disability, religion, national origin or political belief. (There are rules about getting Medicaid depending on your age and disability.)

What You Should Know

Reporting Changes

When you get Medicaid you must report some changes to your Department of Human Services county office and other changes to the Social Security Administration. Report your income, resources, and living arrangements to the Social Security Administration.

Report the following changes to your county DHS office within 10 days of the date that you know about the change:

- Health insurance coverage
- The cost of health insurance if you live in a nursing facility
- Entering a nursing facility
- Giving away resources or assets
- Making a trust with your resources or assets
- Staying in a hospital for 15 days or more if you get waiver services
- Moving to a new address

If you get other help from our Department, such as Food Assistance or State Supplementary Assistance, there is more information that you must report. Ask your worker about that.

Your Rights

You have the right to:

- Have Medicaid decided for certain months before you get SSI benefits, if you have medical bills. Your worker will tell you if DHS can help pay those bills.
- Ask for help from programs other than Medicaid.
- Have your questions answered.
- To have information kept confidential, unless it is needed to correctly pay your medical bills.

Your Responsibilities

You must provide proof of the facts we ask about in order to receive Medicaid. (*This is only a guide*.)

Your income maintenance worker may ask you for more information or for more facts on information that you have already given. If you cannot get the information, ask your worker for help. You must give written permission for your worker to contact others for that information. You must show us:

- A trust set up with your resources or assets.
- The value of resources or income that you gave away, sold, traded for less than fair market value or did not take possession of.
- Resources of your spouse if you have a spouse at home and you live in a nursing facility.
- Income and resource facts for you or your spouse, if you want Medicaid for the time before your SSI benefits began.
- We may need more facts regarding your health insurance.
- We may need more facts concerning an absent parent of a child under the age of 18.
- Income and resource facts for you and for your parents if you want Medicaid before your SSI began and you are under the age of 18 and lived at home before your SSI benefits began.

"Income" means earned income, income from self-employment, rental income, social security benefits, veteran's benefits, railroad retirement benefits, child support, interest and dividend income, pensions, and cash from property sold on contract, unemployment benefits, or worker's compensation benefits.

"Resources" or assets, means cash, money in the bank, certificates of deposit, IRAs, Keogh accounts, stocks and bonds, licensed and unlicensed vehicles, land, property sold on contract, burial contracts, real property other than your homestead, burial plots, recreational vehicles, property, life insurance or money market accounts.

Important Notice to Property Owners and Renters

Your property taxes may be suspended or reduced, under Iowa law. You may be eligible if you are elderly or disabled.

What is Tax Suspension?

Tax suspension means that you will not have to pay your property taxes until the property is sold or transferred to another person.

Can My Property Taxes Be Suspended?

Your property taxes may be suspended if:

- You get either Supplemental Security Income (SSI) or State Supplementary Assistance (SSA), or
- You live in a nursing home and the Department of Human Services is paying for all or part of the cost for your care.

You will not have to pay a penalty while your taxes are suspended. The suspended taxes will need to be paid when the property is sold or transferred. If you want to, you can still pay your taxes while they are suspended.

The County Board of Supervisors runs the tax suspension program. You must give the County Board of Supervisors proof that you qualify for property tax suspension. You do this in the county where your property is located.

You will get a Notice of Decision that tells you if you are eligible for tax suspension. This notice will be proof that you qualify. This notice will say:

> "You get SSI, State Supplementary Assistance or you live in a facility in which the Department of Human Services is paying some or all of the cost. You may not have to pay property taxes at this time. Take this notice to your County Board of Supervisors to discuss having your property taxes delayed."

Take your notice to the County Board of Supervisors for the county where your property is located. You can find the address and phone number for the County Board of Supervisors in the government section of your phone book.

What is a Tax Credit?

A tax credit lowers or gets rid of the amount of tax to be paid when property is sold or transferred.

Can I Get a Tax Credit?

You may be able to get an extra tax credit of up to $1,000. You must own your homestead property and be responsible for the taxes due on the property.

The amount of the tax credit is based on your income. You may be able to get the extra tax credit if your household's income is less than $22,360.00 and you:

- Were 65 years of age or older as of December 31 of last year, or
- Were totally disabled as of December 31 of last year.

Note: A claim for tax credit may be filed on behalf of an eligible deceased person by the deceased person's spouse, attorney, guardian, or administrator.

To get a tax credit, you must file with your county treasurer.

Can I Get Both?

Yes, it is better for you to file for both a tax suspension and a tax credit.

What if I Am Renting My Home?

If you rent your home, and your home is subject to taxes, you may get up to $1,000 of the total rent you pay each year back. If you live in a nursing home, you are considered to be a renter for this purpose.

You may be eligible for the rent reimbursement if your household's income is less than $22,360.00 and you:

- Were 65 years of age or older as of December 31 of last year, or
- Were totally disabled as of December 31 of last year.

Note: A claim for rent reimbursement may be filed on behalf of an eligible deceased person by the deceased person's spouse, attorney, guardian, or administrator.

Rent reimbursement forms are available at your county treasurer's office.

Iowa Department of Human Services

SSI Medicaid Information
(Recordatorio de Medicaid SSI)

IMPORTANTE: Su Medicaid no comenzará hasta que devuelva este formulario.

Número del condado

Número de caso

Identificación del estado

Número del trabajador

Nombre del trabajador

Teléfono del trabajador

Fecha de solicitud de SSI

Por favor, envíe este formulario en el sobre que se adjunta antes del _____ para que podamos decidir si usted puede obtener Medicaid.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a su asistente social al número que aparece arriba. Por favor, conteste todas las preguntas. **Si está completando este formulario para otra persona,** conteste las preguntas como si fuera esa persona.

Por favor, indique el número de teléfono al que podemos llamarlo/a: (_____)_____

1. ¿Vive en un centro de cuidados especializados? Si respondió sí, ¿cuál es el nombre del centro? _____ ❑ Sí ❑ No
2. ¿Usted o su cónyuge donaron, canjearon o vendieron recursos o activos a un valor menor que el normal de mercado en los últimos 60 meses (incluida la constitución de un fideicomiso)? ❑ Sí ❑ No
3. ¿Tienen usted o su cónyuge un fideicomiso? ❑ Sí ❑ No
4. **Solo si es menor de 18 años.** ¿Viven sus padres con usted? Si respondió no, indique el/los nombre(s) y número(s) de seguro social de su padre y/o madre que no vive con usted. Nombre(s) _____ SSN(s)_____ ❑ Sí ❑ No
5. **Sólo si usted se mudó recientemente a Iowa**, ¿la fecha de solicitud para SSI es decir, el _____, es la fecha correcta de cuando usted se mudó a Iowa? Si respondió no, entonces indique la fecha correcta. _____ ❑ Sí ❑ No
6. **Solo si es menor de 23 años.** ¿Es usted estudiante? ❑ Sí ❑ No
7. **Solo si tiene un cónyuge, hijo/a o padre/madre que vive con usted y usted lo/la mantiene**. ¿Desea solicitar asistencia médica y económica para dicha persona? ❑ Sí ❑ No

Cobertura de Medicaid Retroactivo

Complete esta sección solamente si usted desea ayuda para pagar facturas médicas de los tres meses anteriores al mes en que solicitó SSI. RECUERDE: Si está completando este formulario para otra persona, complete las respuestas con la información de la persona que desea obtener SSI.

Si recibe SSI como discapacitado/a, indique la fecha de inicio de su incapacidad: _____

Ingreso

Indique todos los ingresos que usted y su cónyuge tenían (o sus padres tenían, si es menor de 18 años) en cada uno de estos meses y **proporcione comprobantes de los importes**. Adjunte la información en una hoja por separado si necesita más espacio.

	Primer mes antes de solicitud SSI			Segundo mes antes de solicitud SSI			Tercer mes antes de solicitud SSI		
Tipo de ingreso recibido cada mes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Salario bruto									
Beneficios de Veteranos									
Seguro social									
Jubilación privada									
Seguro por incapacidad									
Beneficios de desempleo									
Dividendos e intereses									
Ingresos por propiedades									
Indemnización de trabajadores									
Retiro ferroviario									
Donativos									
Seguro de vida anticipado									
Pensión alimenticia Manutención de hijos									
Pulmón negro									
Administración pública									
Pagos en especies									
Seguro de ingresos									
IPERS									
Propiedad vitalicia									
Trabajo independiente									
Fideicomisos									
Ingresos para estudiantes									
Otros (liste)									

Recursos o Activos

Nombre todos los recursos/activos de que disponían usted y su cónyuge (y sus padres si es menor de 18 años en cada mes y **proporcione comprobantes**. Adjunte la información en una hoja por separado si necesita más espacio.

	Primer mes antes de solicitud SSI			Segundo mes antes de solicitud SSI			Tercer mes antes de solicitud SSI		
Tipo de recurso o activo	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes	Usted	Su cónyuge	Padres o Dependientes
	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
Efectivo en mano									
Cuenta corriente									
Caja de ahorros									
Acciones o bonos									
Certificados de depósito									
Fondo de inversión									
Valor de los contenidos de la caja de seguridad									
IRA/Keogh									
Mercado de dinero									
Rentas anuales									
Fondos de sepultura									
Lotes de sepultura									
Vivienda en la que no reside									
Vivienda en la que reside									
Bienes raíces (no su vivienda familiar)									
Contratos para venta de bienes raíces									
Propiedades vitalicias									
Recursos usados para trabajo independiente									
Seguro de vida									
Compensaciones diferidas									
Otros (especifique)									
Vehículos de su propiedad o de su cónyuge, y si es menor de 18 años incluya los vehículos de sus padres.	Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____			Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____			Año _____ Marca _____ Modelo _____ Valor de mercado _____		

Información sobre Seguro Médico

Recuerde: Si completa este formulario para otra persona, conteste las preguntas con la información de dicha persona.

1. ¿Tiene Medicare? ❑ Sí ❑ No
   Si respondió sí, ¿tiene Parte A? ❑ Sí ❑ No ¿Parte B? ❑ Sí ❑ No ¿Plan de medicamentos? ❑ Sí ❑ No
2. ¿Tiene otras pólizas de seguros médico en este momento? ❑ Sí ❑ No
3. ¿Tiene o puede obtener seguro médico a través de su empleo o del de su cónyuge? ❑ Sí ❑ No
4. Si es menor de 18 años, ¿tiene o puede conseguir seguro médico a través del empleo de sus padres? ❑ Sí ❑ No
5. ¿Recibe ayuda médica por orden judicial? ❑ Sí ❑ No
6. ¿Tiene una demanda judicial debido a un accidente? ❑ Sí ❑ No
7. ¿Tenía un seguro médico que finalizó desde que el proceso de elegibilidad para SSI se inició? Si respondió **sí**, indique la fecha en que finalizó: _____ ❑ Sí ❑ No
8. ¿Puede obtener seguro médico gratis? ❑ Sí ❑ No

Si tiene otras prestaciones médicas o si respondió "Sí" a alguna de las preguntas sobre seguro médico, complete lo siguiente:

Tipo de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Su parentesco con Ud _____

Domicilio _____

_____

Nombre de la compañía de seguros _____

Domicilio de la oficina de reclamos _____

_____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

¿Qué cubre la póliza? (Marque todo lo que corresponda) ❑ Hospital ❑ Médico ❑ Medicamentos ❑ Dentista

Si tiene cobertura de más de un seguro médico, entréguenos la información en una hoja por separado.

Si obtiene Medicaid, deberá aceptar lo siguiente

Si necesitáramos más información, nos comunicaremos con usted después que envíe este formulario al Department of Human Services (DHS). Si necesita utilizar Medicaid inmediatamente, puede llamar al teléfono que aparece en la primera página. Si usted califica para Medicaid, se lo comunicaremos por escrito. **Usted, o la persona que actúe en su representación, debe firmar aceptando las declaraciones de la página titulada "Important Statements" antes de obtener Medicaid.**

Creo que la información que entrego es verdadera, correcta y completa. Sé que existen sanciones por esconder o dar información falsa. Lo comprendo y acepto conseguir pruebas de lo que digo cuando DHS me lo pida. Certifico bajo pena de cometer perjurio que todas las respuestas que presento son correctas y están completas en mi opinión.

Firma o marca del beneficiario (o tutor legal)		Fecha	
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario, si corresponde.		Fecha	
Nombre del representante del beneficiario		Teléfono	
Domicilio	Localidad	Estado	Código postal

Declaraciones Importantes

Si soy responsable de un(a) menor de 18 años y uno de sus padres no vive con él/ella, sé que debo cooperar para conseguirle ayuda médica y para establecer la paternidad si ésta no hubiera sido establecida para dicho(a) menor. Además, con el fin de obtener ayuda médica para el/la menor, DHS puede iniciar acciones legales contra cualquier persona que tenga la obligación de proporcionar ayuda médica. En el caso que se hubiera ordenado el pago de ayuda médica por gastos médicos, dichas personas deben dirigirse a DHS para colaborar con el pago de las facturas médicas.

No debo permitir que otra persona use mi tarjeta médica.

Si estoy viviendo en un una residencia geriátrica o deseo obtener servicios que me ayuden a quedarme en mi hogar, es necesario que me haga un examen médico antes de obtener Medicaid. El examen lo realizará la empresa Iowa Medicaid Enterprise (IME). Autorizo a DHS, IME, a la residencia geriátrica y a cualquier persona que me brinda atención médica a compartir información sobre mi salud y otra información necesaria para realizar dicho examen.

La ley de Seguridad Social requiere que DHS utilice mi número de seguro social para verificar y comparar datos con los sistemas informáticos de otras agencias federales y gubernamentales, como por ejemplo el sistema de Internal Revenue Service (Servicio de Recaudación de Impuestos). Si DHS descubriera que presenté información falsa, deberé devolver lo que conseguí indebidamente. También podría afrontar acciones legales civiles o penales por presentar información falsa.

Todos los seguros médicos, incluido Medicare, deberán realizar los pagos directamente a los médicos y a los proveedores de atención médica mientras obtengo Medicaid. Yo cooperaré para devolverle a DHS el pago de cualquier beneficio que consiga y que esté destinado al pago de facturas médicas, si Medicaid hubiera pagado las facturas.

La ley dice que DHS no necesita autorización para recuperar los pagos por prestaciones médicas. DHS puede solicitar el pago a cualquier persona o compañía que sea responsable de pagar las facturas médicas de una persona que obtenga Medicaid. Yo cooperaré con DHS en la obtención de la información necesaria.

La ley federal y estatal autoriza que los agentes de los gobiernos federal y estatal vean los registros de pagos de Medicaid. Sé que al aceptar Medicaid, estoy autorizando a dichos agentes a ver mi historia clínica y mis expedientes de atención médica durante el período en que obtengo Medicaid, con el fin que dichos agentes puedan comprobar que Medicaid le pagó correctamente al proveedor.

Acepto entregar a la agencia Medicaid los pagos de gastos médicos realizados por terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para las cuales yo estoy legalmente autorizado/a a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de gastos médicos provenientes de terceros.

Si me ponen en un plan de medicina prepaga (managed health care plan), autorizaré a las personas que me brindan atención médica a que divulguen mi información médica, incluyendo cualquier tipo de información clínica sobre salud mental. Dicha información será entregada a la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), o a otro plan managed care que me brinde servicios, si correspondiera. Además, dicha información podrá ser entregada a los empleados del plan managed care para que determinen si los servicios provistos son adecuados, son de buena calidad o son usados correctamente.

Si soy la persona que desea obtener SSI y soy menor de 21 años, puedo participar del programa llamado “Care for Kids” que promueve la salud. El/La asistente social me dará más información.

Si no está de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas sobre su caso Medicaid, usted o su representante pueden solicitar una audiencia. Dicha solicitud debe ser hecha por escrito. Usted puede elegir a otra persona para que presente su caso en la audiencia.

Su Department of Human Services local le prestará ayuda para que presente una apelación si se los solicita. Si usted no está de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas sobre su Medicaid, puede comunicarse con **Iowa Legal Aid** (Asistencia Legal de Iowa) **al teléfono 1-800-532-1275** o, si vive en **Polk County, llame al teléfono 243-1193** si necesita ayuda con la apelación.

Examinamos su solicitud de Medicaid sin tener en cuenta su raza, credo, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, religión, país de procedencia o creencias políticas. (Existen normas con respecto a su edad e incapacidad para la obtención de Medicaid).

Lo que debe saber

Cómo informar cambios

Cuando obtenga Medicaid, deberá informar algunos cambios a la oficina del condado del Department of Human Services y otras modificaciones a Social Security Administration. Informe sus ingresos, recursos y arreglos de alojamiento a Social Security Administration.

Informe los siguientes cambios a la oficina DHS del condado en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que se entere de la modificación:

- La cobertura del seguro médico.
- El costo del seguro médico si vive en un centro de cuidados especializados.
- El ingreso a un centro de cuidados especializados.
- La donación de recursos o activos.
- La creación de un fideicomiso con sus recursos o activos.
- Su permanencia en un hospital por 15 días o más si obtiene servicios de exención (waiver services).
- Su mudanza a un nuevo domicilio.

Si obtiene otro tipo de asistencia de nuestro Departamento, como Food Assistance (Asistencia para Alimentos) o State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Suplementaria), también deberá informar estos datos. Pregúntele a su asistente social sobre este tema.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Tener Medicaid algunos meses antes de obtener los beneficios SSI, si usted tuviera facturas médicas que pagar. Su asistente social le dirá si DHS puede ayudarle a pagar dichas facturas.
- Solicitar la ayuda de otros programas que no sean Medicaid.
- Que le respondan sus preguntas.
- Que la información sea confidencial, a menos que sea necesaria para pagar sus facturas médicas correctamente.

Sus responsabilidades

Usted debe proporcionar pruebas de los datos sobre los que le preguntamos para recibir Medicaid. (*Ésta es solamente una guía*.)

Su asistente social de Income Maintenance podría pedirle más información o más datos con respecto a la información que ya nos ha entregado. Si no puede conseguir la información, pídale a su asistente social que le preste ayuda. Su asistente social necesitará su autorización para comunicarse con otras personas y conseguir dicha información. Usted debe mostrarnos:

- Un fideicomiso creado con sus recursos o activos.
- El valor de los recursos o ingresos que usted donó, vendió o canjeó por menos del valor normal de mercado o de los que nunca tomó posesión.
- Los recursos de su cónyuge, si su cónyuge vive en su hogar y usted vive en un centro de cuidados especializados.
- Los datos de sus ingresos y recursos o los de su cónyuge, si desea recibir Medicaid durante el período anterior a que comiencen los beneficios SSI.
- Podríamos necesitar más datos con respecto a su seguro médico.
- Podríamos necesitar más datos con respecto al padre ausente de un menor de 18 años.
- Los datos de sus ingresos y recursos, y los de sus padres si desea recibir Medicaid antes que comiencen los beneficios SSI, y si usted es menor de 18 años y vivía en su hogar antes del inicio de los beneficios SSI.

"Ingresos" significa: sueldo, ingresos por trabajo independiente, ingresos por rentas, beneficios de seguridad social, beneficios para veteranos, beneficios por retiro ferroviario, manutención de hijos, ingresos por intereses y dividendos, jubilaciones, y dinero en efectivo proveniente de propiedades vendidas por contrato, subsidios de desempleo, o beneficios de Workers' Compensation.

"Recursos" o activos significa: dinero en efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, IRA (cuentas de jubilación particular), cuentas Keogh (plan de jubilación para profesionales autónomos o propietarios de microempresas), acciones y bonos, vehículos con o sin licencia, tierras o terrenos, propiedades vendidas por contrato, contratos funerarios, bienes inmuebles que no sean su vivienda familiar, lotes de sepultura, vehículos recreativos, propiedades, seguros de vida, o cuentas en el mercado de dinero.

Important Notice to Property Owners and Renters
(Aviso Importante para Propietarios y Arrendatarios)

Bajo las leyes de Iowa, sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse o reducirse. Usted puede ser elegible si es anciano(a) o incapacitado(a).

¿Qué es la suspensión de impuestos?

La suspensión de impuestos significa que usted no tendrá que pagar sus impuestos sobre la propiedad hasta que ésta se venda o se transfiera a otra persona.

¿Pueden ser suspendidos mis impuestos sobre la propiedad?

Sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse si:

- Usted recibe Supplemental Security Income (SSI) o State Supplementary Assistance (SSA), ó
- Si usted vive en un ancianato y el Department of Human Services paga la totalidad o parte del costo de la atención que usted recibe.

Usted no tendrá que pagar ninguna multa mientras sus impuestos estén suspendidos. Deberán pagarse los impuestos suspendidos cuando la propiedad se venda o transfiera. Si lo desea, puede aún pagar sus impuestos mientras están suspendidos.

La Junta de Supervisores del Condado dirige el programa de suspensión de impuestos. Usted debe brindarle pruebas a la Junta de Supervisores del Condado acerca de que usted califica para la suspensión de impuestos sobre la propiedad. Este trámite debe ser realizado en el condado donde está ubicada la propiedad.

Usted recibirá un Aviso de Decisión que le dirá si es elegible para la suspensión del impuesto. Este aviso será prueba de que usted califica. Este aviso dirá lo siguiente:

> "Usted recibe SSI, Asistencia Estatal Suplementaria, o vive en una vivienda cuyo costo es pagado parcial o totalmente por el Department of Human Service. Es posible que no deba pagar impuestos inmobiliarios en este momento. Lleve esta notificación al Consejo del Condado (Board of Supervisors) para plantear la posibilidad de que sus impuestos inmobiliarios sean demorados."

Lleve su aviso a la Junta de Supervisores del Condado del condado donde está ubicada su propiedad. Puede encontrar la dirección y número telefónico de la Junta de Supervisores del Condado en la sección de gobierno de su directorio telefónico.

¿Qué es el crédito de impuestos?

Un crédito de impuestos elimina o reduce el monto de impuestos que deberá pagar cuando venda o transfiera la propiedad.

¿Yo puedo obtener un crédito de impuestos?

Usted puede obtener un crédito de impuestos adicional hasta de $1.000. Usted debe ser dueño de su hogar y ser el responsable de pagar los impuestos sobre la propiedad.

El monto del crédito de impuestos se basa en su ingreso. Usted puede obtener crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a $22.360,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de crédito fiscal a nombre de la persona fallecida.

Para obtener crédito de impuestos, debe solicitarlo ante el tesorero del condado.

¿Puedo obtener ambos?

Sí, es mejor si usted solicita tanto una suspensión de impuestos y un crédito de impuestos.

¿Qué pasa si estoy arrendando mi hogar?

Si usted arrienda su hogar y éste está sujeto a impuestos, usted puede recibir una devolución de hasta $1.000 del total de la renta que paga cada año. Si usted vive en un ancianato, usted se considera un arrendador para estos propósitos.

Usted puede ser elegible para un crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a $22.360,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de reembolso de alquiler a nombre de la persona fallecida.

Los formularios de reembolso de renta están disponibles en la oficina del tesorero de su condado.

Important Notice to Property Owners and Renters

Your property taxes may be suspended or reduced, under Iowa law. You may be eligible if you are elderly or disabled.

What is Tax Suspension?

Tax suspension means that you will not have to pay your property taxes until the property is sold or transferred to another person.

Can My Property Taxes Be Suspended?

Your property taxes may be suspended if:

- You get either Supplemental Security Income (SSI) or State Supplementary Assistance (SSA), or
- You live in a nursing home and the Department of Human Services is paying for all or part of the cost for your care.

You will not have to pay a penalty while your taxes are suspended. The suspended taxes will need to be paid when the property is sold or transferred. If you want to, you can still pay your taxes while they are suspended.

The County Board of Supervisors runs the tax suspension program. You must give the County Board of Supervisors proof that you qualify for property tax suspension. You do this in the county where your property is located.

You will get a Notice of Decision that tells you if you are eligible for tax suspension. This notice will be proof that you qualify. This notice will say:

> "You get SSI, State Supplementary Assistance or you live in a facility in which the Department of Human Services is paying some or all of the cost. You may not have to pay property taxes at this time. Take this notice to your County Board of Supervisors to discuss having your property taxes delayed."

Take your notice to the County Board of Supervisors for the county where your property is located. You can find the address and phone number for the County Board of Supervisors in the government section of your phone book.

What is a Tax Credit?

A tax credit lowers or gets rid of the amount of tax to be paid when property is sold or transferred.

Can I Get a Tax Credit?

You may be able to get an extra tax credit of up to $1,000. You must own your homestead property and be responsible for the taxes due on the property.

The amount of the tax credit is based on your income. You may be able to get the extra tax credit if your household's income is less than $22,360.00 and you:

- Were 65 years of age or older as of December 31 of last year, or
- Were totally disabled as of December 31 of last year.

Note: A claim for tax credit may be filed on behalf of an eligible deceased person by the deceased person's spouse, attorney, guardian, or administrator.

To get a tax credit, you must file with your county treasurer.

Can I Get Both?

Yes, it is better for you to file for both a tax suspension and a tax credit.

What if I Am Renting My Home?

If you rent your home, and your home is subject to taxes, you may get up to $1,000 of the total rent you pay each year back. If you live in a nursing home, you are considered to be a renter for this purpose.

You may be eligible for the rent reimbursement if your household's income is less than $22,360.00 and you:

- Were 65 years of age or older as of December 31 of last year, or
- Were totally disabled as of December 31 of last year.

Note: A claim for rent reimbursement may be filed on behalf of an eligible deceased person by the deceased person's spouse, attorney, guardian, or administrator.

Rent reimbursement forms are available at your county treasurer's office.

Important Notice to Property Owners and Renters
(Aviso Importante para Propietarios y Arrendatarios)

Bajo las leyes de Iowa, sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse o reducirse. Usted puede ser elegible si es anciano(a) o incapacitado(a).

¿Qué es la suspensión de impuestos?

La suspensión de impuestos significa que usted no tendrá que pagar sus impuestos sobre la propiedad hasta que ésta se venda o se transfiera a otra persona.

¿Pueden ser suspendidos mis impuestos sobre la propiedad?

Sus impuestos sobre la propiedad pueden suspenderse si:

- Usted recibe Supplemental Security Income (SSI) o State Supplementary Assistance (SSA), ó
- Si usted vive en un ancianato y el Department of Human Services paga la totalidad o parte del costo de la atención que usted recibe.

Usted no tendrá que pagar ninguna multa mientras sus impuestos estén suspendidos. Deberán pagarse los impuestos suspendidos cuando la propiedad se venda o transfiera. Si lo desea, puede aún pagar sus impuestos mientras están suspendidos.

La Junta de Supervisores del Condado dirige el programa de suspensión de impuestos. Usted debe brindarle pruebas a la Junta de Supervisores del Condado acerca de que usted califica para la suspensión de impuestos sobre la propiedad. Este trámite debe ser realizado en el condado donde está ubicada la propiedad.

Usted recibirá un Aviso de Decisión que le dirá si es elegible para la suspensión del impuesto. Este aviso será prueba de que usted califica. Este aviso dirá lo siguiente:

> "Usted recibe SSI, Asistencia Estatal Suplementaria, o vive en una vivienda cuyo costo es pagado parcial o totalmente por el Department of Human Service. Es posible que no deba pagar impuestos inmobiliarios en este momento. Lleve esta notificación al Consejo del Condado (Board of Supervisors) para plantear la posibilidad de que sus impuestos inmobiliarios sean demorados."

Lleve su aviso a la Junta de Supervisores del Condado del condado donde está ubicada su propiedad. Puede encontrar la dirección y número telefónico de la Junta de Supervisores del Condado en la sección de gobierno de su directorio telefónico.

¿Qué es el crédito de impuestos?

Un crédito de impuestos elimina o reduce el monto de impuestos que deberá pagar cuando venda o transfiera la propiedad.

¿Yo puedo obtener un crédito de impuestos?

Usted puede obtener un crédito de impuestos adicional hasta de $1.000. Usted debe ser dueño de su hogar y ser el responsable de pagar los impuestos sobre la propiedad.

El monto del crédito de impuestos se basa en su ingreso. Usted puede obtener crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a $22.360,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de crédito fiscal a nombre de la persona fallecida.

Para obtener crédito de impuestos, debe solicitarlo ante el tesorero del condado.

¿Puedo obtener ambos?

Sí, es mejor si usted solicita tanto una suspensión de impuestos y un crédito de impuestos.

¿Qué pasa si estoy arrendando mi hogar?

Si usted arrienda su hogar y éste está sujeto a impuestos, usted puede recibir una devolución de hasta $1.000 del total de la renta que paga cada año. Si usted vive en un ancianato, usted se considera un arrendador para estos propósitos.

Usted puede ser elegible para un crédito de impuestos adicional si el ingreso de su hogar es menor a $22.360,00, y usted:

- Tenía 65 años de edad o más al 31 de diciembre del año pasado, o
- Estaba totalmente incapacitado/a al 31 de diciembre del año pasado.

Nota: El cónyuge, el abogado, el tutor o el administrador de una persona elegible fallecida pueden radicar un reclamo de reembolso de alquiler a nombre de la persona fallecida.

Los formularios de reembolso de renta están disponibles en la oficina del tesorero de su condado.

the medical assistance debt. *See Iowa Code Chapter 523A.*

What about annuities?

Annuities are used for repayment of medical assistance debt if the person who received assistance had an interest in the annuity at the time of their death. An annuity is an investment and is not treated like life insurance. Annuity payments that have not been paid are part of the Medicaid recipient's estate and so are subject to estate recovery repayment.

Can the debt be waived?

Yes.

Spouse or Disabled Child Waiver: If the person who dies leaves behind a husband or wife, or a disabled child, the debt is waived (permission is given to repay the debt later) until the husband, wife or disabled child who receives the waiver dies.

Minor Child Waiver: If the person who dies has a child who is under 21, the debt is waived and does not need to be repaid until that child turns 21.

Hardship Waiver: If repayment of the Medicaid debt would cause the heir or beneficiary to:

1. Not have enough money to pay for food, shelter, clothing, or medical care so that their life or health would be in danger, and
2. Have less than $10,000 in assets, and
3. Earn less than 200% of the federal poverty level, they can request a Hardship Waiver.

If the debt is waived because the person has an undue hardship, repayment will be delayed until that heir or beneficiary no longer meets the above requirements or until their death.

Definitions

Affidavit – a written statement voluntarily made by a person where they swear under oath that what is in the written statement is the truth.

Annuity – payments that are paid out of an account a person has established, usually monthly over a certain period of time. It is **not** life insurance.

Assets – the money or property that belongs to a person.

Assistance – the money given to help a person in need.

Beneficiary – the person named in a written document who will receive money or property when another person dies.

Care facility – a place where patients live and receive medical care, also called a nursing home.

Debt – money that is owed.

Estate – the money, property, and objects of value that a person leaves, or in which the person had an interest, when they die.

Fair market value – the price of a property based on what other homes in the neighborhood are selling for.

Guaranteed – promised, pledge.

Heir – a family member who receives money or assets after a person dies when there is no will. Heirs are not named, but receive money because of their relationship to a deceased person.

IA Health Link – A managed care medical assistance (Medicaid) program that helps Iowans with health coverage.

Iowa Code – the books Iowa's laws are kept in.

Irrevocable – permanent, fixed, not able to be changed.

Joint bank account – a bank account two or more people own and can draw or deposit money in.

Lien – a legal document that is filed against the assets of a person who owes money to another.

Medicaid – Title 19 Medical Assistance used to help persons who do not have the funds to cover the cost of their long-term health care and related expenses.

Medicare Savings Program – includes Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) and Qualified Medicare Beneficiary (QMB) programs. Program services provided after January 1, 2010, is not included in Estate Recovery.

Priority – most important, must be paid before other debts.

Probate – the legal process where a court settles the affairs of a person who has died by selling their assets, paying their debts, and then giving their money and property to who survive the person who died.

Survivor – people left behind when a family member dies.

Title 19 – Also known as Title XIX and Medicaid, is a federal law that helps people pay for their medical care. It is funded by both federal and state tax dollars.

Trusts – a legal paper that tells someone else what to do with money or property you own both before and after your death.

Waiver – permission to repay a debt at a later date.

Iowa Department of Human Services

Comm. 266 (Rev. 11/15)

Iowa's Estate Recovery Law

Estate Recovery Program
P.O. Box 36445
Des Moines, Iowa 50315

Phone: (515) 246-9841
Toll Free: (877) 463-7887
Fax: (515) 246-0155

Email: estates@dhs.state.ia.us
www.ime.state.ia.us/estate.html

What is the estate recovery law?

Federal law requires Iowa to have an estate recovery program when Medicaid funds are used to pay for medical assistance, including the amount the state paid to a Managed Care Organization (MCO) for medical services, also called capitation fees, for people who are:

- 55 years old or older at the time they get Medicaid.
- Under age 55, live in a long-term care facility, and are not expected to return home.

When a person who gets medical assistance dies, their assets must be used to repay the Iowa Department of Human Services (DHS) for the money that was spent on medical care.

Medical assistance is also called IA Health Link, Medicaid or Title 19 and includes programs like the Elderly Waiver and Medically Needy. People can receive medical assistance while living in their own home or in a care facility. In Iowa the estate recovery law is found in Iowa Code section 249A.53(2).

What is an "estate" for estate recovery?

An estate includes all:

- Real property, such as your house, land, etc.,
- Personal property, such as household goods, bank accounts, annuities, personal effects, cars, etc., or
- Any other asset that you own or have an interest in at the time of your death.

This includes items that you own with someone else, such as joint property, trusts, and retained life estates.

What is a claim?

When the estate of a person who received medical assistance starts the probate process, the Estate Recovery Program must be contacted and a claim will be filed. Liens are not placed on property, but the fair market value of the property is an asset that can be used for repayment of the medical assistance debt. *The medical assistance debt is not subject to the four month limitation on filing claims. See Iowa Code section 633.410, for time limits that apply and Iowa Code 633.231 and 633.304A for the appropriate notices that must be sent electronically at* www.ime.state.ia.us/estate.html.

What expenses can be paid with the assets of the recipient?

Repayment of medical assistance can be made from the assets that are left after funeral and burial expenses, legal fees, medical expenses of last illness, and other costs used to settle the affairs of the person who has died. Donations to charities, travel expenses for relatives to the funeral, and caregiving by family members before death, cannot be paid before the medical assistance debt. *The order in which payment is to be made is listed in Iowa Code section 633.425. The medical assistance debt is a priority claim.*

How will I know how much money is owed to DHS?

At any time after death, the person managing the affairs of the deceased can get an updated listing of medical assistance payments by requesting a payment history. The Estate Recovery Program will send the amount of medical assistance paid expenses to the person managing the affairs of the deceased. The deceased person's name, birthdate, social security number, and date of death must be provided.

How is payment made if an estate is not probated?

Often, persons who receive medical assistance do not leave a large amount of money or property behind when they die. When this happens, the estate recovery repayment process is done without going through probate. For example, if the person who was on medical assistance left $1,000 in a joint bank account, the survivor can use the money to repay what is owed to Medicaid. If no one else's name is on the bank account, a Small Estate Affidavit (*Iowa Code 633.356*) can be signed by the heir or beneficiary that will direct the bank to use the money to repay what was given in medical assistance. Payment can be made by check or money order to Iowa Department of Human Services and mailed to:

Estate Recovery Program
P.O. Box 36445
Des Moines, IA 50315

What about life insurance policies?

Proceeds from life insurance policies are generally considered the assets of the person named as beneficiary. However, the medical assistance debt must still be repaid from the life insurance funds when:

- The deceased person's will or trust provides that the insurance policy must be used to pay his or her debt.
- A funeral home or DHS is named as the beneficiary of those life insurance funds or the policy is assigned to the funeral home.
- When the policy was not reported before the death and had a cash value that would have caused the person not to meet the rules that say who can and cannot receive medical assistance.

What about Medicaid trusts?

A Medicaid Trust names the Department of Human Services (DHS) as the beneficiary after the death of the person for whom the trust is established. These types of trusts include special needs trusts and income trusts. Income trusts are also known as Income Assignment Trusts, Qualified Income Trusts, and Miller Trusts. Money in Medicaid trusts is not part of the estate of the person who has received Medicaid, and cannot be used to pay estate expenses. The money left from these trusts must be used to repay the DHS medical assistance debt according to the terms of the trust and sent to the Iowa Estate Recovery Program.

What about burial trusts?

Funeral directors or bankers are required by law to contact the Estate Recovery Program when there are funds remaining in a medical assistance recipient's non-guaranteed irrevocable burial trust fund after the funeral expenses have been paid. The Estate Recovery Program then has sixty days in which to confirm if those funds are to be paid to DHS.

If the funds are in a guaranteed trust and the guaranteed services are provided, the funeral home may dispose of the funds as the funeral home deems appropriate.

If an insurance policy is assigned or made payable to the funeral home, any money that is left after funeral costs are paid on