



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 ofrece 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 tengan cobertura médica. Podría calificar para cobertura gratuita o más barata.
- ◆ Las familias con inmigrantes pueden presentar la solicitud. Puede solicitar cobertura para sus hijos aunque usted no califique para recibirla. La presentación de la solicitud no afectará su condición migratoria, ni su posibilidad de convertirse en residente permanente o de conseguir la ciudadanía.
- ◆ Si le ayudan a completar este formulario, dicha persona tendrá que completar la Sección 6.

Presente la solicitud más rápido por Internet

Presente la solicitud más rápido ingresando a: dhsservices.iowa.gov.

Qué necesita para presentar la solicitud

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

¿Por qué le solicitamos estos datos?

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

¿Qué debe hacer después?

Envíe la solicitud completa y firmada al domicilio que figura en la página 11. **Firme y presente la solicitud aunque no tenga todos los datos que le solicitamos.** Nos comunicaremos con usted dentro de los próximos 30 días para darle instrucciones sobre los pasos a seguir. En el caso de no recibir noticias, llame al Centro de Contacto de DHS al **1-855-889-7985**. Completar la solicitud no significa que deba adquirir la cobertura.

Consiga ayuda para completar la solicitud

- ◆ **Por Internet:** dhsservices.iowa.gov
- ◆ **Por teléfono:** Llame a nuestro centro de ayuda al **1-855-889-7985**.
- ◆ **En persona:** Podría haber asesores en su área de residencia. Visite nuestra página de Internet o llame al **1-855-889-7985** para obtener más información.
- ◆ **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-889-7985**.
- ◆ Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-855-889-7985** y dígame al representante de atención al cliente qué idioma necesita. Le conseguiremos un intérprete sin costo.
- ◆ Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2942**.

Sección 1. Infórmenos sobre usted.

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

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

Sección 2. Infórmenos sobre su familia.

¿A quién debe incluir en la solicitud?

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

DEBE incluir a:

- ◆ Usted
- ◆ Su cónyuge
- ◆ Sus hijos menores de 21 años que viven con Ud.
- ◆ Su concubino/a que necesita cobertura médica
- ◆ Todas las personas que figuran en su declaración de ingresos, aunque no vivan con usted
- ◆ Los menores de 21 años que estén a su cargo y vivan con usted

NO ES NECESARIO que incluya a:

- ◆ Su concubino/a que no necesita cobertura médica
- ◆ Los hijos de su concubino/a
- ◆ Sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de ingresos (si usted es menor de 21 años)
- ◆ Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de ingresos

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

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

Sección 2. Persona 1 (comience con usted)

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

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

Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN. Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos con el fin de averiguar quién califica para recibir asistencia para abonar el costo de la cobertura médica. Si alguien necesita ayuda para conseguir el SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov/. 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 una declaración impositiva de ingresos.)

Sí. **Si respondió Sí**, responda las preguntas 1-3. No. **Si respondió No**, vaya a 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. ¿Se declarará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si Sí**, indique su nombre: _____
¿Cuál es su relación con dicho contribuyente? _____

Sí No ¿Está embarazada? **Si Sí**, ¿cuántos bebés espera e en este embarazo? ¿Cuál es la fecha probable de parto? _____

¿Necesita cobertura médica?

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

Sí. Responda las siguientes preguntas. No. Vaya a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.

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 en 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 ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

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

Si es hispano o latino, origen étnico:

- Mexicano
- Mexicano estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro: _____

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
- Otro: _____

Empleo y datos sobre ingresos

- 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 (sin descuentos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	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 (sin descuentos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Promedio de horas trabajadas por semana:

Durante el último año:

- 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 de este mes: Marque todos los que correspondan, indique el monto y la frecuencia del mismo.

NOTA: No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

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

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____	¿Frecuencia?
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos a 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: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

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

Sí No ¿La *Persona 2* 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 No**, pase a la pregunta 3.

Sí No 1. ¿La *Persona 2* la presentará conjuntamente con su cónyuge? **Si respondió Sí**, nombre del cónyuge: _____

Sí No 2. ¿La *Persona 2* declarará personas dependientes? **Si respondió Sí**, indique sus nombres: _____

Sí No 3. ¿La *Persona 2* se declarará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si Sí**, indique su nombre: _____

¿Cuál es la relación de la *Persona 2* con el contribuyente? _____

Sí No ¿La *Persona 2* está embarazada? **Si Sí**, ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____

¿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. Vaya a las preguntas sobre ingresos en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.

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 un sanatorio o en 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?

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?

Fecha de terminación: _____ 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 o latino, origen étnico:

- Mexicano
- Mexicano estadounidense
- Chicano/a
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro: _____

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
- Otro: _____

Empleo y datos sobre ingresos

- 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 (sin descuentos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	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 (sin descuentos) \$ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces por mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	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 de este mes: Marque todos los que correspondan, indique el monto y la frecuencia del mismo.

NOTA: No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

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

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otros descuentos	\$ _____	¿Frecuencia?
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamos a estudiantes	\$ _____	Tipo	_____		

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

Total de ingresos de la <i>Persona 2</i> este año \$ _____	Total de ingresos del próximo año (si cree que será diferente) \$ _____
--	---

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 pueden 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 aborígen estadounidense o nativo de Alaska?
Si respondió Sí, complete los siguientes datos. **Si no**, vaya a la Sección 4.

AI/AN Persona 1:

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

AI/AN Persona 2:

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

AI/AN Persona 1:

Sí No ¿Miembro de tribu reconocida a nivel federal? **Si Sí**, nombre de la tribu:

AI/AN Persona 2:

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? _____
Ciertos ingresos no pueden ser contabilizados 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 ¿Algún miembro de su familia está inscripto en alguna de las siguientes coberturas médicas?
Marque el tipo de cobertura y escriba sus nombres al lado de la cobertura que tienen.

Medicaid _____

CHIP _____

Medicare _____

TRICARE (No marque si tiene atención directa o *Line of Duty*) _____

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 jubilatorio? Sí No

Otro

Nombre del seguro médico _____

Número de póliza _____

¿Es un plan de beneficios limitados? (ej. accidentes escolares) Sí No

Sí No ¿Alguien se mudó a su hogar o se fue de su hogar durante los últimos tres meses?
Si respondió Sí, responda las siguientes preguntas.

Nombre _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Número 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, vaya a la Sección 6.

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

Sección 5. Coberturas médicas de empleos

No es necesario responder estas preguntas a menos que algún miembro del grupo familiar 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 (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 respondió No**, vaya a la Sección 6.

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 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 deduzca otros descuentos del programa de salud.)

\$ _____

¿Con qué frecuencia?

Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

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 al 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: Además de firmar en esta sección, **debe** firmar y escribir la fecha en la página 11 para completar la solicitud.

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

Solo para asesores, navegadores, agentes y corredores acreditados.

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

Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
Primer nombre, segundo nombre, apellido y 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.
- Accepto 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, y que puedo presentar una queja formal por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
 - ◆ Confirmando 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 informáticas y las bases de datos de *Internal Revenue Service (IRS)*, *Social Security Administration*, *Department of Homeland Security*, y de otras agencias que suministran informes crediticios. En el caso de que los datos no coincidan, le pediremos que nos envíe comprobantes.

Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Con el fin de facilitar la determinación de mi elegibilidad para asistencia para abonar la cobertura médica en los años venideros, acepto autorizar a *Iowa Department of Human Services (DHS)* a utilizar los datos sobre ingresos, incluso la información de las declaraciones impositivas. DHS de Iowa me enviará una notificación y me permitirá realizar los cambios que correspondan.

Acepto autorizar a DHS de Iowa a utilizar los datos sobre ingresos, incluso la información de las declaraciones impositivas.

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 progenitores de los menores mencionados en esta solicitud no viven en el mismo hogar?
 Yes 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. Es de mi conocimiento que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con Marketplace al teléfono **1-800-318-2596**. Entiendo que otra persona me puede representar durante el procedimiento y que me explicarán mi elegibilidad y otros datos importantes.

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 autorizar que en esta solicitud se utilice información personal obtenida de fuentes de datos. Poseo el consentimiento de todas las personas que indicaré en esta solicitud para que se utilice información personal obtenida de fuentes de datos.

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 inscribirse para votar, puede completar el formulario de inscripción para votantes 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)