



Departamento de Servicios Sociales de Missouri, División de Apoyo a la Familia
Solicitud de cobertura de atención médica y ayuda para pagar gastos



Use esta solicitud para todos los programas de MO HealthNet. Es posible que también tenga que llenar el Anexo para Personas Mayores, Invidentes y Discapacitadas (**IM-1ABDS**) si tiene más de 65 años de edad, es invidente, tiene una discapacidad o vive en un asilo o un centro de cuidados de largo plazo.

Use esta solicitud para saber a qué opciones de cobertura tiene derecho

- Seguro gratuito o económico de MO HealthNet.
- Planes económicos de seguros médicos privados que ofrecen cobertura amplia y le ayudan a conservar su salud.
- Un nuevo crédito fiscal que le ayudaría inmediatamente a pagar las primas de su seguro médico.

¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud incluso si su hijo o sus hijos ya cuentan con un seguro médico. Quizás cumplan los requisitos para acceder a una cobertura gratuita o de menor costo.
- Las familias que incluyen inmigrantes tienen derecho a presentar su solicitud. Usted puede enviar una solicitud para su hijo incluso si usted no cumple los requisitos para acceder a la cobertura. Llenar la solicitud no tiene repercusiones en su situación migratoria ni en la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, es posible que deba llenar el Apéndice C.
- Si envía una solicitud a nombre de un concubino, ambos deben llenar el Apéndice C.

Use Internet para agilizar su solicitud

- Use el sitio mydss.mo.gov para agilizar su solicitud.

Información que quizás necesite al llenar su solicitud

- Números del Seguro Social (o números de los documentos de los inmigrantes legales que requieren el seguro).
- Información del empleador y de los ingresos de cada persona en su familia (por ejemplo, talones de pagos, formularios W-2 o declaraciones de salarios y de impuestos).
- Números de las pólizas de todos los seguros médicos vigentes.
- Información sobre cualquier seguro médico familiar que le brinde su empleo.

¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso, entre otra, para informarle cuál es la cobertura a la que puede acceder y si puede recibir ayuda para pagarla. **Protegeremos y mantendremos la confidencialidad de toda la información que nos proporcione, como lo exige la ley.**

¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que se muestra en la página 8. **Si no tiene toda la información que le pedimos, de todas maneras, firme y envíe su solicitud.** Le daremos seguimiento. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes en el trámite de su solicitud de cobertura de atención médica. Si no nos comunicamos con usted, llame al **1-855-373-9994**. Llenar esta solicitud no significa que debe comprar un seguro médico.

Reciba ayuda en esta solicitud

- Por Internet: mydss.mo.gov.
- Teléfono: Llame a nuestro Centro de Atención 1-855-373-9994.
- En persona: En cualquier oficina de la División de Apoyo a la Familia o averigüe si hay asesores en su región que lo auxilien. Para más información, visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.
- En español: Llame gratis a nuestro centro de ayuda al 1-855-373-9994.
- Usuarios de TTY: Llamar al 1-800-735-2966.

PASO 1 Información sobre el adulto con quien nos comunicaremos en esta solicitud

(Necesitamos que un adulto en la familia sea el medio de contacto en relación con su solicitud).

Usted obtuvo esta solicitud a través de:

- Escuela Pública de Missouri
 Proveedor Registrado de Cuidados Infantiles
 Otro

1. Nombre legal (Nombres, Apellidos, Tratamiento [Sr., Sra. Dr., etc.])

2. Domicilio (Escriba HOMELESS si actualmente no tiene un domicilio). Número de apartamento o suite

Ciudad Estado Código postal Condado

3. Marque si su dirección postal no es la misma que su domicilio. **Si son distintos**, escriba su dirección postal a continuación:

4. Marque si la dirección postal que indicó es una dirección Safe at Home. Código de autorización de Safe at Home: _____

5. Dirección postal 6. Número de apartamento o suite

7. Ciudad 8. Estado 9. Código postal 10. Condado de residencia

11. Número de teléfono 12. Otro teléfono y de qué tipo es (mensajes, trabajo, cel.)

Casa Cel. Trabajo Mensajes

Casa Cel. Trabajo Mensajes

13. Dirección de correo electrónico:

14. ¿Cuál es su método preferido de contacto? Correo USPS Correo electrónico Tel. Mensajes

15. ¿Cuál es su idioma preferido (si no es inglés)?

16. ¿Cuán bien habla el inglés? Muy bien Bien
 No muy bien No lo hablo Prefiero no responder

Renovación de su cobertura en años posteriores

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar un seguro de gastos médicos en los próximos años, acepto que la División de Apoyo a la Familia use la información sobre los ingresos, incluida la información de declaraciones fiscales. La División de Apoyo a la Familia me enviará una notificación, me permitirá realizar los cambios necesarios y puedo revocar mi autorización en cualquier momento.

Sí. Usen la información de mis declaraciones fiscales para que mi elegibilidad se renueve automáticamente durante los siguientes:

- 5 años (número máximo de años permitidos)
 4 años 3 años 2 años 1 año
 No usen información de declaraciones fiscales para renovar mi cobertura.

PASO 2 Información sobre el solicitante y la familia

Llene el Paso 2 para cada persona de su familia. ¡Comience con usted! Luego incluya a los demás adultos y menores. Si hay más de 2 personas en su familia, deberá hacer copias de las páginas 4 y 5 por cada persona adicional y anexarlas.

Indique la información de los miembros de su familia que viven con usted. El monto de asistencia o el tipo de programa al que usted puede acceder dependen del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que cada persona reciba la mejor cobertura posible.

No necesita declarar impuestos para recibir cobertura de atención médica.

Adultos que necesitan cobertura:

Incluya a estas personas incluso si no solicitan cobertura de atención médica:

- Cónyuge con quien vive la persona
- Hijos menores de 21 años con quienes vive la persona, incluidos hijos adoptivos
- Cualquier persona incluida en la declaración fiscal (cualquier persona menor de 21 años a la que se incluya en la declaración fiscal de alguno de sus padres)

Personas menores de 21 años que necesitan cobertura:

Incluya a estas personas incluso si no solicitan cobertura de atención médica:

- Cualquiera de los padres (o padrastros) con quienes viven
- Hermanos con quienes viven
- Hijos con quienes viven, incluidos hijos adoptivos
- Cónyuges con quienes viven
- Cualquier persona incluida en la declaración fiscal

Nota: Cualquier otra persona que viva con usted (por ejemplo, novio, novia o compañero de apartamento) tendrá que presentar su propia solicitud si desea un seguro de atención médica, a menos que ambos llenen el Anexo C.

Mantendremos la confidencialidad y seguridad de toda la información que brinde, tal y como exige la ley. Usaremos sus datos personales solo para comprobar si reúne los requisitos para recibir cobertura de atención médica. No es necesario que facilite el estatus de inmigración ni el Número del Seguro Social (SSN) de los familiares que no necesiten cobertura de atención médica.

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al 855-373-9994. Para obtener una copia de este formulario en español, llame 855-373-9994. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966



PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted o el solicitante)

Llene el Paso 2 para usted, su cónyuge y los hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona que incluya en su declaración fiscal federal, si es que la presenta. Vea en la página 1 la información adicional sobre las personas que debe incluir. Recuerde que aunque no presente una declaración fiscal, debe incluir a los familiares que viven con usted. Para que un adulto acceda al Grupo de Expansión para Adultos, los menores a su cargo que vivan en el mismo hogar deben reunir los requisitos de MO HealthNet o recibir otra Cobertura Esencial Mínima. Brinde información en el Paso 3 sobre la cobertura médica de los menores bajo el cuidado de esta persona.

1. Nombre legal (Nombres, Apellidos, Tratamiento [Sr., Sra., etc.])	2. (OPCIONAL) Su estatus: <input type="checkbox"/> Soltero (nunca casado) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Otro	3. ¿Parentesco con usted SOY YO
4. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. (OPCIONAL) ¿Es veterano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

7. Número de Seguro Social (SSN) _____ **Requerimos esto si desea cobertura médica y tiene un SSN.**
Incluso si no desea la cobertura de atención médica, su SSN nos puede ser de utilidad para agilizar el trámite de la solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos e información adicional para determinar quién cumple los requisitos para recibir ayuda para pagar los costos de la cobertura de atención médica.
Si alguien requiere ayuda para conseguir un SSN, llame al 800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Usuarios de TTY: Llamar al 800-325-0778.

8. Marque aquí si usted es miembro de una comunidad indígena de Estados Unidos o Alaska y llene el Apéndice D.

9. Marque aquí si necesita ayuda para pagar facturas de servicios médicos de los 3 meses anteriores a esta solicitud y llene el Apéndice A.

10. **¿Anticipa presentar la declaración federal de la renta EL PRÓXIMO AÑO?** (Puede solicitar el seguro médico aunque no presente una declaración federal de la renta).



Sí. Si elige 'Sí', responda las preguntas a, b y c. **Si elige 'No'**, pase a la pregunta c.

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con un cónyuge? Sí No **Si elige 'Sí'**, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Declarará algún dependiente en su declaración fiscal? Sí No

c. ¿Será declarado como dependiente en la declaración fiscal de otra persona? Sí No

Si elige 'Sí', nombre del declarante fiscal: _____ ¿Cuál es su parentesco con el declarante fiscal? _____

11. ¿Solicita cobertura de atención médica a partir de este mes? Incluso si tiene un seguro, quizás haya un programa más económico o con una mejor cobertura. **Sí. Si elige 'Sí'**, conteste las siguientes preguntas.  **NO. Si elige 'NO'**, VAYA a la pregunta 24. 

12. Si usted es hispano o latino, cuál es su origen étnico. (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda).

Mexicano Estadounidense de origen mexicano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

13. Raza. (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda).

Blanco Indígena americano o Filipino Otro asiático: _____ Samoano
 Negro o de Alaska Japonés _____ De otras islas del Pacífico:
afroamericano Indoasiático Coreano Nativo de Hawái _____
 Chino Vietnamita Guameño o chamorro Otro: _____

14. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o naturalizado estadounidense? Sí No

15. ¿Es estadounidense naturalizado o tiene la ciudadanía derivada? (Ambos conceptos significan que nació fuera de EE.UU.) Sí No
Número de extranjero: _____ Número de certificado: _____

16. Marque si no tiene la ciudadanía natural o adquirida de EE. UU., pero tiene un estatus legal de inmigrante. Brinde la siguiente información.

Fecha de inicio del estatus de inmigrante: _____ Proporcione su tipo de documento y número de ID a continuación.

a. Tipo de documento de inmigración _____ Número de ID del documento _____

b. ¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996? Sí No

c. ¿Usted, su cónyuge o su padre son veteranos o miembros en funciones de las Fuerzas Armadas de EE.UU.? Sí No

d. Si ha estado menos de 5 años en EE. UU., indique su estatus migratorio (refugiado, asilado, etc.): _____

17. Marque si está embarazada o lo estuvo recientemente. Proporcione la siguiente información.

Si elige 'Sí', ¿cuántos bebés espera tener en este embarazo? _____ ¿Cuál es la fecha prevista del alumbramiento? _____

Si estuvo embarazada recientemente, ¿cuál fue la fecha del alumbramiento? _____

18. Marque si vive con, por lo menos, un menor de 19 años y usted es la persona principal a cargo del mismo.

19. Marque si es estudiante de tiempo completo de *high school*, educación vocacional equivalente o está en capacitación técnica.

Tipo de escuela (*high school*, universidad, etc.) _____

20. Marque si estuvo bajo cuidado tutelar a la edad de 18 años o más. ¿En qué estado estuvo bajo cuidado tutelar? _____

21. Marque si es menor de 19 años y puede afiliarse a la asistencia médica dentro de un plan de prestaciones para empleados estatales.

22. Marque si recibe o reúne los requisitos para recibir Medicare. ¿En qué fecha reunió los requisitos? _____

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al 855-373-9994. Para obtener una copia de este formulario en español, llame 855-373-9994. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966



PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con su información)

Empleo actual e información de ingresos

- Con empleo. (Si actualmente tiene empleo, brinde información sobre su ingreso. Comience en la pregunta 23).
 Empleo por cuenta propia. (Vaya a la pregunta 33).
 Sin empleo. (Vaya a la pregunta 34).

Empleo actual 1: Marque si no le retienen impuestos sobre estos ingresos antes de percibirlos.

23. Nombre y dirección del empleador _____ 24. Teléfono del empleador _____

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

26. Promedio SEMANAL de horas trabajadas: _____ 27. Fecha de inicio del empleo: _____

Empleo actual 2: Marque si no le retienen impuestos sobre estos ingresos antes de percibirlos.

28. Nombre y dirección del empleador _____ 29. Teléfono del empleador _____

30. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

31. Promedio SEMANAL de horas trabajadas: _____ 32. Fecha de inicio del empleo: _____

33. Si trabaja por cuenta propia, responda lo siguiente:

a. Tipo de empleo: _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias tras cubrir los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? \$ _____

34. ¿Qué ocurrió en el año pasado?: Cambió de empleo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Nada de lo anterior

35. **Otros ingresos de este mes:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que percibe esta persona y con qué frecuencia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | Fecha de la orden o la última modificación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Ganancias netas por \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | rentas/regalías |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ganancias netas por \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | Tipo _____ |
| agricultura o pesca | |

36. **Deducciones:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que esta persona paga por esta deducción y con qué frecuencia.

Si esta persona paga cosas que pueden deducirse en la declaración de la renta federal, indíquelo, ya que es posible que el costo de la cobertura de atención médica se reduzca un poco.

NOTA: No incluya gastos que ya haya considerado en la respuesta sobre ingresos netos si esta persona trabaja por cuenta propia (pregunta 33b).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| Fecha de la orden o la última modificación: _____ | Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | |

37. Ingresos anuales: Llene solamente si su ingreso cambia cada mes.
Si no anticipa cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente.

Sus ingresos totales este año	Sus ingresos totales el próximo año (si anticipa que serán diferentes)
\$ _____	\$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.

Por favor, llene las páginas 4 y 5 para los demás miembros del hogar; haga copias en caso necesario.





¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al 855-373-9994. Para obtener una copia de este formulario en español, llame 855-373-9994. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966

PASO 2: PERSONA

(Añada cada persona adicional como persona 2, persona 3, persona 4, etc.)

Llene el Paso 2 para su cónyuge y los menores que viven con usted o cualquier otra persona que incluya en su declaración fiscal federal, si es que presenta una. Incluso si no presenta una declaración de impuestos, debe incluir a los familiares que viven con usted. Para que un adulto acceda al Grupo de Expansión de Adultos, los menores a su cargo que vivan en el mismo hogar deben reunir los requisitos de MO HealthNet o recibir otra Cobertura Esencial Mínima. Brinde información en el Paso 3 con respecto a la cobertura de atención médica de los niños bajo el cuidado de esta persona.

1. Nombre legal (Nombres, Apellidos, Tratamiento [Sr., Sra., etc.])	2. (OPCIONAL) Su estatus: <input type="checkbox"/> Soltero (nunca casado) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Otro	3. ¿Parentesco con usted
4. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	6. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. (OPCIONAL) ¿Esta persona es un veterano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
7. ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige 'No' , escriba la dirección _____		
8. Número de Seguro Social (SSN) _____. Requerimos el de cada individuo que desee cobertura médica y tenga SSN. Si la persona no tiene un número de SSN, ¿ya lo ha solicitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si elige 'No' , indique el motivo: _____		
9. ¿Qué idioma prefiere esta persona (en caso de no ser inglés)?	10. ¿Cuán bien habla el inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo hablo <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
11. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona es miembro de una comunidad indígena de Estados Unidos o Alaska y llene el Apéndice D.		
12. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona necesita ayuda para pagar facturas de servicios médicos de los 3 meses anteriores a esta solicitud y llene el Apéndice A.		
13. ¿Esta persona anticipa presentar la declaración federal de la renta EL PRÓXIMO AÑO? (La persona puede solicitar el seguro médico aunque no presente una declaración federal de la renta). <input type="checkbox"/> Sí. Si elige 'Sí', responda las preguntas a, b y c. <input type="checkbox"/> No. Si elige 'No', pase a la pregunta c. a. ¿La persona presentará la declaración conjuntamente con un cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige 'Sí', nombre del cónyuge _____ b. ¿La persona declarará algún dependiente en su declaración fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige 'Sí', nombre de los dependientes: _____ c. ¿La persona será declarada como dependiente en la declaración fiscal de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige 'Sí', indique el nombre del declarante fiscal _____		
14. ¿Esta persona necesita cobertura médica? (Incluso si tiene un seguro, quizás haya un programa más económico o con una mejor cobertura). <input type="checkbox"/> SÍ. Si elige 'Sí', conteste las siguientes preguntas.  <input type="checkbox"/> NO. Si elige 'No', VAYA a la pregunta 29. 		
15. Si es hispano o latino, seleccione su origen étnico. (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda). <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Estadounidense de origen mexicano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____		
16. Raza. (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda). <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena americano o <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro asiático: _____ <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Negro o <input type="checkbox"/> de Alaska <input type="checkbox"/> Japonés _____ <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico: afroamericano <input type="checkbox"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái _____ <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Otro: _____		
17. ¿Esta persona es ciudadana de los EE.UU. o naturalizada estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
18. ¿Esta persona es estadounidense naturalizado o tiene la ciudadanía derivada? (Ambos conceptos significan que nació fuera de EE.UU.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de extranjero: _____ Número de certificado: _____		
19. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona no tiene la ciudadanía natural o adquirida de EE. UU., pero tiene estatus legal de inmigrante. Brinde la siguiente información: Fecha de inicio del estatus de inmigrante: _____ Proporcione el tipo de documento y número de ID a continuación. a. Tipo de documento de inmigración _____ Número de ID del documento _____ b. ¿La persona ha vivido en EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Esta persona o su cónyuge o padre son veteranos o miembros en funciones de las Fuerzas Armadas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Si esta persona ha estado menos de 5 años en EE. UU., indique su estatus migratorio (refugiado, asilado, etc.): _____		
20. <input type="checkbox"/> Marque si la persona está embarazada o lo estuvo recientemente. Proporcione la siguiente información: ¿Cuántos bebés espera en este embarazo? _____ ¿Cuál es la fecha prevista del alumbramiento de esta persona? _____ Si la persona estuvo embarazada recientemente, ¿cuál fue la fecha del alumbramiento? _____		
21. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona vive con, por lo menos, un menor de 19 años y es la persona principal a cargo del mismo.		
22. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona es estudiante de tiempo completo de <i>high school</i> , educación vocacional equivalente o está en capacitación técnica. Tipo de escuela (<i>high school</i> , universidad, etc.) _____		
23. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona estuvo bajo cuidado tutelar a la edad de 18 años o más. ¿En qué estado estuvo bajo cuidado tutelar? _____		
24. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona es menor de 19 años y puede afiliarse a la asistencia médica dentro de un plan de prestaciones para empleados estatales.		
25. <input type="checkbox"/> Marque si esta persona recibe o reúne los requisitos para recibir Medicare. ¿En qué fecha reunió los requisitos? _____		

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al 855-373-9994. Para obtener una copia de este formulario en español, llame 855-373-9994. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966



PASO 2: PERSONA

(Añada cada persona adicional como persona 2, persona 3, persona 4, etc.)

Empleo actual e información de ingresos

- Con empleo. (Si esta persona actualmente tiene empleo, brinde información sobre su ingreso. Comience en la pregunta 26).
 Empleo por cuenta propia. (Vaya a la pregunta 37).
 Sin empleo. (Vaya a la pregunta 38).

Empleo actual 1: Marque si no le retienen impuestos sobre estos ingresos antes de percibirlos.

26. Nombre y dirección del empleador _____ 27. Teléfono del empleador _____

28. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

29. Promedio SEMANAL de horas trabajadas: _____ 30. Fecha de inicio del empleo: _____

Empleo actual 2: Marque si no le retienen impuestos sobre estos ingresos antes de percibirlos.

31. Nombre y dirección del empleador _____ 32. Teléfono del empleador _____

33. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

34. Promedio SEMANAL de horas trabajadas: _____ 35. Fecha de inicio del empleo: _____

36. Si trabaja por cuenta propia, responda lo siguiente:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias tras cubrir los gastos de su negocio) que recibirá esta persona por trabajar por cuenta propia este mes?
\$ _____

37. ¿Qué le ocurrió a la persona el año pasado?: Cambió de empleo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Nada de lo anterior

38. Otros ingresos de este mes: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que percibe esta persona y con qué frecuencia.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Fecha de la orden o la última modificación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Ganancias netas por rentas/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ganancias netas por agricultura o pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | |

39. **Deducciones:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que esta persona paga por esta deducción y con qué frecuencia.

Si esta persona paga cosas que pueden deducirse en la declaración de la renta federal, indíquelo, ya que es posible que el costo de la cobertura de atención médica se reduzca un poco.

NOTA: No incluya gastos que ya haya considerado en la respuesta sobre ingresos netos si esta persona trabaja por cuenta propia (pregunta 36b).

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Fecha de la orden o la última modificación: _____ Tipo: _____
- Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

41. Ingresos anuales: Llène solamente si el ingreso cambia cada mes.

Si no anticipa cambios en el ingreso mensual, pase a la persona siguiente.

Ingresos totales de esta persona **este año**

\$ _____

Ingresos totales de esta persona el **próximo año** (si anticipa que serán diferentes)

\$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber de esta persona.

Si va a incluir a más de dos personas, haga copias de las hojas 4 y 5 y llénelas con la información de cada una de las personas.



¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al 855-373-9994. Para obtener una copia de este formulario en español, llame 855-373-9994. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966

PASO 3: Su cobertura de atención médica familiar

1. ¿Todos los menores que viven con usted (bajo su cuidado) reciben asistencia médica de la Cobertura Esencial Mínima (MEC)? Sí No

Si elige 'No', ¿qué menores no reciben MEC? _____

Ejemplos de planes de seguro que se consideran MEC son MO HealthNet, Children's Health Insurance Plan (CHIP), Tricare, Medicare, cobertura que brinda el patrón de alguno de los padres y planes de atención médica privados.

2. ¿Alguna de las personas que solicitan asistencia médica está afiliada a alguna de las siguientes opciones de cobertura de atención médica?

No. Si elige 'No', vaya a la pregunta #3. Sí. Si elige 'Sí', marque qué tipo de cobertura es y llene la siguiente tabla.

- MO HealthNet Peace Corp VA Healthcare Seguro financiado por el patrón Tricare (no lo marque si tiene atención directa de Line of Duty)
- Medicare Otro seguro médico (explique): _____

Brinde la siguiente información:

Nº de Póliza/Nº de reclamación de Medicare:	Plan 1:	Plan 2:
Solicitante(s):		
Fecha de inicio de la póliza:		
Nombre del grupo:		
Número del grupo:		
Nombre de la aseguradora:		
Nombre del titular de la póliza:		
SSN del titular de la póliza:		
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:		
Domicilio del titular de la póliza:		

3. Marque los beneficios que cubre este seguro médico: Atención prenatal Trabajo de parto y alumbramiento Cuidados postparto
4. ¿Alguna de las personas de esta solicitud reciben cobertura de atención médica a través de un empleo? Marque 'Sí', incluso si la cobertura es del empleo de alguien más, como un padre o el cónyuge.
- Sí (Deberá llenar el Apéndice B)
- No (Vaya al Paso 4)

PASO 4:

1. Marque si alguna persona de esta solicitud está en prisión o cárcel. Si marcó, indique quién: _____
¿Cuándo lo encarcelaron? _____
2. Marque si alguna persona del hogar que solicite beneficios es invidente. Si marcó, indique quién: _____
OPCIONAL: ¿Desea solicitar Pensión para Invidentes o Ayuda Complementaria para Invidentes (beneficios de dinero en efectivo)? No Sí
3. Marque si alguna persona del hogar que solicite beneficios es discapacitada. Si marcó, indique quién: _____
4. Marque si alguna persona del hogar que solicite beneficios padece algún impedimento físico, mental o emocional que limite sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer los quehaceres cotidianos, etc.). Si marcó, indique quién: _____
5. Marque si alguna persona del hogar que solicite beneficios vive en una institución médica, centro de cuidados de largo plazo o residencia de ancianos.
- a. Si elige 'Sí', indique quién: _____
- b. Nombre de la institución: _____
- c. Dirección de la institución: _____



¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al 855-373-9994. Para obtener una copia de este formulario en español, llame 855-373-9994. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966

PASO 5: Lea y firme esta solicitud

Derechos y responsabilidades de MO HealthNet POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE Y FIRME AL TÉRMINO

- Acepto/Aceptamos proporcionar los Números del Seguro Social de todas las personas que soliciten MO HealthNet, como lo estipula la ley. El Número del Seguro Social se usa para determinar la elegibilidad y corroborar información.
- Acepto/Aceptamos la evaluación del Programa de Pago de Primas de Seguros Médicos (Health Insurance Premium Payment Program [HIPP]) en caso de que yo/nosotros o algún miembro del hogar estemos empleados o hayamos perdido el empleo en los últimos 30 días y el empleador o el ex empleador ofrezca seguro médico grupal.
- Autorizo/Autorizamos que el Director de la División de Apoyo a la Familia o a la persona que designe investiguen y verifiquen estas circunstancias y declaraciones a través de cualquier medio legal, incluido el acceso a bases de datos públicas y privadas.
- Daré/Daremos a conocer cualquier cambio en mis/nuestras circunstancias en un plazo de DIEZ DÍAS a partir de que acontezcan.
- Sé/Sabemos que es ilegal obtener o pretender obtener beneficios que no me/nos corresponden. Manifestar información falsa u ocultar de hechos relevantes, ya sea total o parcialmente, podría someterme/someternos a un proceso penal o civil.
- Comprendo/Comprendemos que al aceptar MO HealthNet se ceden derechos a la División de MO HealthNet del Departamento de Servicios Sociales para que un tercero pague la atención médica.
- Acepto/Aceptamos que, de ser necesario, puede divulgarse mi/nuestra información médica o la de mi/nuestra familia para recibir tratamiento, pagar gastos médicos, gestionar atención médica y/o administrar este programa.
- Si se decide que cumpla/cumplimos los requisitos para acceder a MO HealthNet, sé/sabemos que el estado de Missouri pagará los servicios cubiertos en mi/nuestro nombre y estoy/estamos consciente(s) de que el Estado podría presentar una demanda para embargar mis/nuestros bienes para recuperar cualquier asistencia recibida.
- Al firmar esta solicitud en papel o de forma electrónica, nos concede(n) su autorización para realizar o pedir que le realicen llamadas telefónicas o envíen mensajes de texto relacionados con su caso desde un sistema automatizado al número de teléfono principal que proporcionó/proporcionaron en la página 1. No es necesario que dé su autorización para esto como parte de su solicitud. Si prefiere(n) evitar este tipo de comunicación, puede(n) excluirse voluntariamente de estos mensajes o llamadas. Marque: no recibir llamadas no recibir mensajes de texto no recibir llamadas ni mensajes de texto

Mi derecho a apelar

Si considero que la División de Apoyo a la Familia ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa informar a un miembro de la División de Apoyo a la Familia que considero que una acción es incorrecta, además de solicitar una revisión imparcial de la acción. Tengo claro que puedo averiguar cómo apelar, llamando al Centro de Atención, al 855-373-9994. Entiendo que puedo optar por que alguien que me represente en el proceso. Recibiré explicaciones sobre mi elegibilidad y otra información importante.

Si alguna persona en esta solicitud cumple los requisitos para recibir MO HealthNet:

Otorgo/Otorgamos el derecho a la División de Apoyo a la Familia de solicitar y conseguir dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También otorgo/otorgamos el derecho a la División de Apoyo a la Familia de solicitar y conseguir asistencia médica a través de un cónyuge o progenitor.

¿Algún menor en esta solicitud tiene un progenitor que vive fuera del hogar?

Sí No

Al elegir 'Sí', comprendo que me pedirán que colabore con la agencia encargada de cobrar asistencia médica a padres ausentes. Si considero que yo o mis hijos correremos riesgos al cooperar para que se cobre la asistencia médica, puedo informar a la División de Apoyo a la Familia al respecto y posiblemente no tenga que colaborar.

Acepto este aviso.



¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al 855-373-9994. Para obtener una copia de este formulario en español, llame 855-373-9994. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966

PASO 5: Lea y firme esta solicitud (continuación)

Mi firma a continuación certifica, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas a las preguntas de este formulario son verdaderas, a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que si respondo con información falsa o tergiversada, podría ameritar sanciones de acuerdo con la ley federal.

- Comprendo que debo informar a la División de Apoyo a la Familia si acontecen cambios (cosas que difieran de lo que escribí en esta solicitud). Puedo ingresar a mydss.mo.gov o llamar al **855-373-9994** para dar a conocer tales cambios. Comprendo que un cambio en mi información podría repercutir en la elegibilidad de algún miembro de mi hogar.
- Comprendo que, conforme a la ley federal, se prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una denuncia por discriminación a través de <http://dss.mo.gov/files/missouri-nondiscrimination-policy-statement.htm>.

Necesitamos esta información para verificar que cumple con los requisitos para recibir ayuda para pagar una cobertura de atención médica, si opta por solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y en bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe comprobantes.

Si firma electrónicamente: Al firmar esta solicitud electrónicamente, certifico, bajo pena de perjurio, que todas las manifestaciones que se registran en este informe de elegibilidad son verdaderas, precisas y completas, a mi leal saber y entender. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede llevarse a efecto de la misma forma que una firma escrita. Acepto

Firme esta solicitud. La persona que llenó el paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, firme aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información que se solicita en el Apéndice C.

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

Opcional (Firma del cónyuge o del segundo progenitor)

Esta firma es opcional para presentar la solicitud, pero podría requerirse posteriormente si algunos solicitantes requieren cobertura para personas mayores, invidentes o discapacitadas. La FSD necesita permiso para solicitar registros de comprobantes electrónicos del cónyuge, padre, padrastro, padre adoptivo u otro adulto de 18 años o más en el grupo de asistencia cuya información cuenta para la elegibilidad del programa, a los que se pueda acceder por medio de instituciones financieras, oficinas de informes de crédito y otras agencias.

Firma del cónyuge o del segundo progenitor (OPCIONAL)	Fecha (mm/dd/aaaa)
---	--------------------

PASO 6: Envíe su solicitud con toda la información que se pide.

Cargue su documento: Ingrese a mydssupload.mo.gov para cargar una copia de su documento.

Correspondencia: Family Support Division
PO BOX 2700
Jefferson City, MO 65102

Fax: (573) 526-9400

OPCIONAL:

¿Usted o algún familiar inmediato han prestado servicios en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Sí No
Si elige 'Sí', ¿desea información sobre servicios relacionados con el ejército en Missouri? Sí No

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR SU SOLICITUD? Ingrese a mydss.mo.gov o llámenos al **855-373-9994**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame **855-373-9994**. Usuarios de TTY: Llamar al 800-735-2966



APÉNDICE A

SOLICITUD DE COBERTURA DEL TRIMESTRE ANTERIOR: PERSONA

(Incluya a cada persona como persona # 2, persona # 3, persona # 4 y así sucesivamente)

El Anexo A es OPCIONAL en su solicitud inicial de extensión de beneficios. Puede solicitar la cobertura del trimestre anterior hasta 12 meses posteriores a su solicitud inicial.

Para agilizar el servicio: Llene este formulario SOLO para las personas que soliciten cobertura de salud para los 3 meses anteriores a esta solicitud.

1. Nombre legal (nombres, apellidos y tratamiento [Sr., Sra., etc.]):	2. SSN o DCN:
3. ¿Para qué meses solicita cobertura esta persona? <input type="checkbox"/> 3 meses atrás <input type="checkbox"/> 2 meses atrás <input type="checkbox"/> 1 mes atrás	
4. ¿De qué meses tiene facturas médicas pendientes de pago la persona? <input type="checkbox"/> 3 meses atrás <input type="checkbox"/> 2 meses atrás <input type="checkbox"/> 1 mes atrás	
5. ¿Durante qué meses fue residente de Missouri la persona? <input type="checkbox"/> 3 meses atrás <input type="checkbox"/> 2 meses atrás <input type="checkbox"/> 1 mes atrás	

Información sobre ingresos

<input type="checkbox"/> Con empleo: Si esta persona tuvo un empleo en los 3 meses anteriores, describa sus ingresos.	<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia: Vaya a la pregunta 12.	<input type="checkbox"/> Sin empleo: Vaya a la pregunta 13.
--	--	--

Empleo 1: Marque aquí si no se retienen impuestos de estos ingresos antes de que esta persona los perciba.

6. Nombre y dirección del empleador:	7. Teléfono del empleador:
8. Salarios y propinas (antes de impuestos) en cada uno de los meses para los que se solicita cobertura: 3 meses atrás \$ _____ 2 meses atrás \$ _____ 1 mes atrás \$ _____	

Empleo 2: Marque aquí si no se retienen impuestos de estos ingresos antes de que esta persona los perciba.

9. Nombre y dirección del empleador:	10. Teléfono del empleador:
11. Salarios y propinas (antes de impuestos) en cada uno de los meses para los que se solicita cobertura: 3 meses atrás \$ _____ 2 meses atrás \$ _____ 1 mes atrás \$ _____	
12. Si tiene empleo por cuenta propia, responda las siguientes preguntas: a. Tipo de empleo _____ b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias tras cubrir los gastos del negocio) que recibirá esta persona por trabajar por cuenta propia en cada uno de los meses para los que solicita la cobertura? 3 meses atrás \$ _____ 2 meses atrás \$ _____ 1 mes atrás \$ _____	

13. Otros ingresos: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que percibió esta persona en cada uno de los meses para los que solicita la cobertura.

		3 meses atrás	2 meses atrás	1 mes atrás
<input type="checkbox"/>	Ninguno	N/A	N/A	N/A
<input type="checkbox"/>	Seguro de desempleo			
<input type="checkbox"/>	Pensiones			
<input type="checkbox"/>	Seguro Social			
<input type="checkbox"/>	Cuentas de jubilación			
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia recibida			
<input type="checkbox"/>	Ganancias netas por agricultura o pesca			
<input type="checkbox"/>	Ganancias netas por rentas/regalías			
<input type="checkbox"/>	Otros ingresos			

14. Deducciones: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que la persona paga por esta deducción en cada uno de los meses para los que solicita la cobertura.

Si esta persona paga cosas que pueden deducirse en la declaración de la renta federal, indíquelo, ya que es posible que el costo de la cobertura de atención médica se reduzca un poco.

Note: No incluya gastos que ya haya considerado en la respuesta sobre ingresos netos si esta persona trabaja por cuenta propia (pregunta 12b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada:	3 meses atrás \$ _____	2 meses atrás \$ _____	1 mes atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil:	3 meses atrás \$ _____	2 meses atrás \$ _____	1 mes atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Otras deducciones: Tipo:	_____		
	3 meses atrás \$ _____	2 meses atrás \$ _____	1 mes atrás \$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber de esta persona.

Si incluirá a más de dos personas, haga copias de esta hoja y llénela con la información de cada una de las personas.

APÉNDICE A

SOLICITUD DE COBERTURA DEL TRIMESTRE ANTERIOR: PERSONA

(Incluya a cada persona como persona # 2, persona # 3, persona # 4 y así sucesivamente)

El Anexo A es OPCIONAL en su solicitud inicial de extensión de beneficios. Puede solicitar la cobertura del trimestre anterior hasta 12 meses posteriores a su solicitud inicial.

Para agilizar el servicio: Llene este formulario SOLO para las personas que soliciten cobertura de salud para los 3 meses anteriores a esta solicitud.

1. Nombre legal (nombres, apellidos y tratamiento [Sr., Sra., etc.]):	2. SSN o DCN:
3. ¿Para qué meses solicita cobertura esta persona? <input type="checkbox"/> 3 meses atrás <input type="checkbox"/> 2 meses atrás <input type="checkbox"/> 1 mes atrás	
4. ¿De qué meses tiene facturas médicas pendientes de pago la persona? <input type="checkbox"/> 3 meses atrás <input type="checkbox"/> 2 meses atrás <input type="checkbox"/> 1 mes atrás	
5. ¿Durante qué meses fue residente de Missouri la persona? <input type="checkbox"/> 3 meses atrás <input type="checkbox"/> 2 meses atrás <input type="checkbox"/> 1 mes atrás	

Información sobre ingresos

<input type="checkbox"/> Con empleo: Si esta persona tuvo un empleo en los 3 meses anteriores, describa sus ingresos.	<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia: Vaya a la pregunta 12.	<input type="checkbox"/> Sin empleo: Vaya a la pregunta 13.
--	--	--

Empleo 1: Marque aquí si no se retienen impuestos de estos ingresos antes de que esta persona los perciba.

6. Nombre y dirección del empleador:	7. Teléfono del empleador:
8. Salarios y propinas (antes de impuestos) en cada uno de los meses para los que se solicita cobertura: 3 meses atrás \$ _____ 2 meses atrás \$ _____ 1 mes atrás \$ _____	

Empleo 2: Marque aquí si no se retienen impuestos de estos ingresos antes de que esta persona los perciba.

9. Nombre y dirección del empleador:	10. Teléfono del empleador:
11. Salarios y propinas (antes de impuestos) en cada uno de los meses para los que se solicita cobertura: 3 meses atrás \$ _____ 2 meses atrás \$ _____ 1 mes atrás \$ _____	
12. Si tiene empleo por cuenta propia, responda las siguientes preguntas: a. Tipo de empleo _____ b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias tras cubrir los gastos del negocio) que recibirá esta persona por trabajar por cuenta propia en cada uno de los meses para los que solicita la cobertura? 3 meses atrás \$ _____ 2 meses atrás \$ _____ 1 mes atrás \$ _____	

13. **Otros ingresos:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que percibió esta persona en cada uno de los meses para los que solicita la cobertura.

	3 meses atrás	2 meses atrás	1 mes atrás
<input type="checkbox"/> Ninguno	N/A	N/A	N/A
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo			
<input type="checkbox"/> Pensiones			
<input type="checkbox"/> Seguro Social			
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación			
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida			
<input type="checkbox"/> Ganancias netas por agricultura o pesca			
<input type="checkbox"/> Ganancias netas por rentas/regalías			
<input type="checkbox"/> Otros ingresos			

14. **Deducciones:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que la persona paga por esta deducción en cada uno de los meses para los que solicita la cobertura.

Si esta persona paga cosas que pueden deducirse en la declaración de la renta federal, indíquelo, ya que es posible que el costo de la cobertura de atención médica se reduzca un poco.

Note: No incluya gastos que ya haya considerado en la respuesta sobre ingresos netos si esta persona trabaja por cuenta propia (pregunta 12b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada:	3 meses atrás \$ _____	2 meses atrás \$ _____	1 mes atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil:	3 meses atrás \$ _____	2 meses atrás \$ _____	1 mes atrás \$ _____
<input type="checkbox"/> Otras deducciones: Tipo: _____	3 meses atrás \$ _____	2 meses atrás \$ _____	1 mes atrás \$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber de esta persona.

Si incluirá a más de dos personas, haga copias de esta hoja y llénela con la información de cada una de las personas.

APÉNDICE B

Cobertura de atención médica a través de empleos

NO necesita responder estas preguntas a menos que alguien en su hogar pueda recibir cobertura de atención médica a través de un empleo. Anexe una copia de esta hoja por cada empleo que ofrezca cobertura.

Brinde información sobre el empleo que ofrece cobertura.

Entregue la Herramienta para Pólizas del Empleador en la página siguiente al empleador que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Solo necesita incluir esta hoja al enviar su solicitud, no la Herramienta para Pólizas del Empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre legal del empleado	2. Número de Seguro Social del empleado
------------------------------	---

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador	6. Teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal

10. ¿A quién podemos contactar en este empleo en relación con la cobertura de atención médica para empleados?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico
--	-------------------------------------

13. ¿Reúne los requisitos para obtener la cobertura que este empleador ofrece o los reunirá en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá afiliarse a la cobertura? _____ (MM/DD/AAAA)
Escriba el nombre de cualquier otra persona que pueda obtener cobertura por medio de este empleo.

Nombres: _____

No (Deténgase aquí y vaya el Paso 5 de la solicitud)

Información sobre el **plan de atención médica** que ofrece este empleador.

14. Marque los beneficios que cubre este seguro médico: Atención prenatal Trabajo de parto y alumbramiento Cuidados postparto

15. ¿El empleador ofrece un plan de atención médica que cumple con el estándar de valor mínimo*? Sí No

16. Sobre el plan más económico que cumple con el estándar de valor mínimo* y que está desinado **solo para el empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo en algún programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento de programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas en este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Bimestral Trimestral Anual

17. ¿Qué cambio hará el empleador en el nuevo año del plan (si conoce dicha información)?

El empleador no ofrecerá cobertura de atención médica

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de atención médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico que está destinado solo para el empleado y cumple con el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas en este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Bimestral Trimestral Anual

c. Fecha del cambio (MM/DD/AAAA): _____

* Un plan de atención médica financiado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si el plan comparte al menos el 60% del total de los costos de los beneficios admisibles en el plan (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)

HERRAMIENTA PARA PÓLIZAS DEL EMPLEADOR

Use esta herramienta como ayuda para responder las preguntas del Apéndice B sobre la cobertura de atención médica a través de empleadores cuyos requisitos reúne usted (incluso si es del empleo de otra persona, como un cónyuge). La información en las casillas numeradas a continuación concuerda con la de las casillas del Apéndice B. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe concordar con la de la pregunta 14 del Apéndice B.

Escriba su nombre y su Número del Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pida al empleador que llene el resto del formulario. Llene un formulario por cada empleador que ofrece cobertura de atención médica.

Información del EMPLEADO (El empleado debe llenar esta sección)

1. Nombre legal del empleado (nombres, apellidos)	2. Número del Seguro Social del empleado
---	--

Información del EMPLEADOR (El empleador debe llenar esta sección)

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador (La División de Apoyo a la Familia enviará avisos a esta dirección)	6. Teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal

10. ¿A quién podemos contactar en este empleo en relación con la cobertura de atención médica para empleados?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)

12. Dirección de correo electrónico

13. ¿El empleado reúne los requisitos para obtener la cobertura que este empleador ofrece o los reunirá en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

a. Si el empleado no reúne los requisitos hoy, incluso por cumplir con un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá afiliarse a la cobertura el empleado? _____ (MM/DD/AAAA) (Continúe)

No (Deténgase aquí y devuelva este formulario al empleado)

Información sobre el plan de atención médica que ofrece este empleador.

¿El empleador ofrece un plan de atención médica que cubra al cónyuge o dependiente del empleado?

Sí ¿A quiénes cubre? Cónyuge Dependiente(s)

No (Vaya a la pregunta 14)

14. Marque los beneficios que cubre este seguro médico: Atención prenatal Trabajo de parto y alumbramiento Cuidados postparto

15. ¿El empleador ofrece un plan de atención médica que cumple con el estándar de valor mínimo*?

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas en este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Bimestral Trimestral Anual

16. Sobre el plan más económico que cumple con el estándar de valor mínimo* y que está desinado **solo para el empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo en algún programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento de programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas en este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Bimestral Trimestral Anual

Si el año del plan terminará pronto y sabe que van a cambiar los planes de atención médica que se brindan, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, deténgase y devuelva el formulario al empleado.

17. ¿Qué cambio hará el empleador en el nuevo año del plan (si conoce dicha información)?

El empleador no ofrecerá cobertura de atención médica

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de atención médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico que está destinado solo para el empleado y cumple con el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas en este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Bimestral Trimestral Anual

c. Fecha del cambio (MM/DD/AAAA): _____

* Un plan de atención médica financiado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si el plan comparte al menos el 60% del total de los costos de los beneficios admisibles en el plan (Section 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)



APÉNDICE C: Designación de un representante autorizado

Use este formulario si desea que un representante autorizado le ayude a solicitar cobertura de MO HealthNet o para que actúe en su nombre si usted recibe cobertura de MO HealthNet. La División de Apoyo a la Familia denomina a esta persona *representante autorizado*. Usted puede optar por tener un representante autorizado o puede actuar por cuenta propia. Aunque decida tener un representante autorizado, es posible que la FSD necesite ponerse en contacto con usted directamente.

Si tiene un cónyuge, tanto usted como su cónyuge pueden nombrar al mismo representante autorizado, incluyendo ambos nombres en la Sección 1 y firmando ambos en la Sección 2. Si no se incluyen los nombres y firmas de ambos, el representante autorizado **SOLO será para la persona cuyo nombre se indique y que haya firmado**.

Si tiene un tutor o cuidador, debe ser esa persona quien designe un representante autorizado. Si tiene un apoderado designado por un poder notarial válido conforme a la ley de Missouri, dicha persona puede designar un representante autorizado para usted o usted puede designar uno por cuenta propia.

Instrucciones:

- Sección 1: Escriba(n) su información.
- Sección 2: Revise(n) la información relacionada con su autorización y firme(n) con (su)s nombre(s).
- Sección 3: Pida a la persona, institución u organización que designe que llene los campos correspondientes y que dicha persona o institución firme con su nombre para verificar que acepta la responsabilidad.
- Entregue el formulario lleno a la FSD **en un plazo de 90 días** a partir de la(s) fecha(s) en que usted y su representante autorizado firmen y fechen el formulario.

Sección 1: Su información

Su(s) nombre(s)		Fecha de nacimiento o DCN	
Domicilio			
Dirección postal			
Dirección de correo electrónico		Teléfono	

Designo como mi/nuestro representante autorizado a:

Nombre

Mi representante autorizado es uno de los siguientes (marque todos los que correspondan):

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Gestor público |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Cuidador | <input type="checkbox"/> Poder notarial | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores |

Autorizo/Autorizamos que esta persona u organización se haga cargo de (marque una o más casillas):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ayudarme/ayudarnos a solicitar cobertura de MO HealthNet. | <input type="checkbox"/> acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD. |
| <input type="checkbox"/> actuar en mi/nuestro nombre en caso de recibir la cobertura de MO HealthNet, lo cual incluye las revisiones anuales y dar a conocer cambios. | <input type="checkbox"/> acceder a comunicaciones en línea en la cuenta de la FSD, solo después de que yo fallezca. |
| <input type="checkbox"/> enviar una solicitud en mi nombre, sin que tenga ninguna otra autoridad para actuar en mi nombre ni recibir correspondencia de la FSD. Esta persona no tiene autorización para recibir información protegida relacionada con la salud. | |

Sección 2: Su autorización para que lo representen

De acuerdo con lo que eligió anteriormente, su representante autorizado podría recibir avisos y formularios, información sobre todos los registros médicos en posesión de la FSD, incluidos registros que contienen información sobre diagnósticos o enfermedades específicas, enfermedades de transmisión sexual y salud mental. Esto también incluye información sobre abuso de drogas y alcohol y su respectivo tratamiento (conforme a 42 CFR 2.31). Usted otorga su consentimiento para que su representante autorizado proporcione y reciba información de salud protegida (PHI).

La persona u organización que he/hemos designado tiene 18 años o más de edad y conoce mi/nuestra situación en un grado suficiente para encargarse de mi/nuestra solicitud y actuar en mi/nuestro nombre. No falseará información ni brindará información engañosa, ni ocultará información, ni omitirá ningún dato o evento que deban darse a conocer de acuerdo con leyes, reglamentos o reglas de este estado o de los Estados Unidos.

Sección 2: Su autorización para que lo representen (continuación)	
<p>Comprendo/Comprendemos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soy/somos responsables de la información que mi/nuestro representante autorizado proporcione, incluida la información que pueda ser incorrecta. • Esta autorización es voluntaria y puede cancelarse en cualquier momento. No necesito firmar este formulario para recibir servicios de la FSD. • Puedo/podemos solicitar una copia de la información que se divulgue a mi representante autorizado. • La FSD no tiene control sobre el uso de la información una vez que la misma se entregue al representante autorizado. <p>Si envía este formulario por medios electrónicos: Acepto enviar este formulario por medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede llevarse a efecto de la misma forma que una firma escrita. <input type="checkbox"/> Acepto</p>	
Firma:	Fecha
Firma de su cónyuge o el segundo progenitor:	Fecha
Sección 3: Acuerdo y aceptación del representante autorizado	
Individuo que actúa como representante autorizado, llene y firme esta sección.	
Nombre del representante	
Correo postal del representante	
Correo electrónico del representante	Teléfono del representante
<p>Tengo 18 años o más de edad y poseo el conocimiento necesario de la situación del solicitante para realizar su solicitud o actuar en su nombre. No falsearé información ni brindaré información engañosa, ni ocultaré información, ni omitiré ningún dato o evento que deban darse a conocer de acuerdo con las leyes, reglamentos o reglas de este estado o de los Estados Unidos.</p> <p>Acepto ser el representante autorizado del solicitante. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes, estatutos y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.</p> <p>Si envía este formulario por medios electrónicos: Acepto enviar este formulario por medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede llevarse a efecto de la misma forma que una firma escrita. <input type="checkbox"/> Acepto</p>	
Firma del representante autorizado	Fecha
Individuo que actúa como representante autorizado con afiliación a una organización o un centro, llene y firme esta sección.	
Nombre del centro o la organización	
Dirección del centro o la organización	
Correo electrónico del centro o la organización	Teléfono del centro o la organización
<ul style="list-style-type: none"> • Represento al centro o la organización mencionados anteriormente. He comprobado mi identidad ante la FSD. • Tengo el conocimiento necesario de la situación del participante para encargarme de su solicitud o actuar en su nombre. • No falsearé información ni brindaré información engañosa, ni ocultaré información, ni omitiré ningún dato o evento que deban darse a conocer de acuerdo con leyes, reglamentos o reglas de este estado o de los Estados Unidos. • Si mis facultades se limiten al envío de una solicitud a nombre del participante, no actuaré en su nombre ni recibiré correspondencia de la FSD. • Daré a conocer a la FSD todos los cambios que ocurran en nombre del participante. Informaré a la FSD una vez que deje de ser representante autorizado. <p>Acepto ser el representante autorizado del solicitante. Protegeré la privacidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, en apego a los reglamentos, leyes, estatutos y directrices federales, estatales y locales sobre privacidad.</p> <p>Si envía este formulario por medios electrónicos: Acepto enviar este formulario por medios electrónicos. Comprendo que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede llevarse a efecto de la misma forma que una firma escrita. <input type="checkbox"/> Acepto</p>	
Firma del representante autorizado	Fecha

APÉNDICE D

Familiar indígena norteamericano o de Alaska (AI/AN)

Llene este apéndice si usted o un familiar es indígena norteamericano o de Alaska. Envíelo con su solicitud de Cobertura de atención médica y ayuda para pagar gastos.

Información sobre su familiar indígena norteamericano o de Alaska.

Los indígenas norteamericanos y de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud de los Pueblos Indígenas, programas de salud de poblaciones tribales o programas de salud de las comunidades indígenas urbanas. Además, quizás no tengan que pagar una fracción de los costos y podrían tener períodos especiales de afiliación cada mes. Conteste las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba toda la ayuda posible.

NOTA: Si desea incluir más personas, haga una copia de esta hoja y anéxela.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2
1. Introduzca el nombre o los nombres en las siguientes columnas.	Nombres	Nombres
	Apellidos	Apellidos
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige "Sí" , ¿cuál es el nombre de la tribu?: _____ Escriba dónde se ubica la sede del gobierno de la población tribal: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige "Sí" , ¿cuál es el nombre de la tribu?: _____ Escriba dónde se ubica la sede del gobierno de la población tribal: _____
3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del Servicio de Salud de los Pueblos Indígenas, un programa de salud de poblaciones tribales o un programa de salud de las comunidades indígenas urbanas, o por medio de una canalización de alguno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige 'No' , ¿esta persona puede recibir servicios del Servicio de Salud de los Pueblos Indígenas, programas de salud de poblaciones tribales o programas de salud de las comunidades indígenas urbanas, o por medio de una canalización de alguno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige 'No' , ¿esta persona puede recibir servicios del Servicio de Salud de los Pueblos Indígenas, programas de salud de poblaciones tribales o programas de salud de las comunidades indígenas urbanas, o por medio de una canalización de alguno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Hay dinero que se percibe que quizás no cuenta para MO HealthNet. Enumere todos los ingresos (tipo, cantidad y cada cuándo los recibe) que haya dado a conocer en su solicitud que incluyan dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una población tribal provenientes de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías. • Pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terrenos que el Departamento del Interior designa como fideicomiso de las tierras indígenas (incluidas reservas actuales y anteriores). • Dinero de la venta de artículos de importancia cultural. 	Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____