



Solicitud de Seguro de Salud

Puede usar esta solicitud para:

- Solicitar seguro gratuito o a costo reducido con Medicaid o Nevada Check Up.
 - Usted puede solicitar y recibir Medicaid, incluso si usted ya tiene seguro.
- Si se determina que usted o miembros de su familia no son elegibles para Medicaid o Nevada Check Up, aún puede ser que califiquen para recibir ayuda del gobierno federal para pagar por un seguro de salud. La información proporcionada será referida a Nevada Health Link. Para obtener información adicional, visite la página de internet www.nevadahealthlink.com o llame al 855-768-5465.

Acceda a sus beneficios más rápidamente.

Solicitud en línea

¿Sabía usted que usted puede solicitar, registrar y comenzar a usar sus beneficios de salud más pronto si somete su solicitud en línea?

- Toma aproximadamente 45 minutos para un hogar típico
- Siga las indicaciones y, cuando termine, haga clic en "Someter"
- Una vez creada su cuenta, usted puede comprobar el estado de sus beneficios en línea.

Ir al sitio: www.dwss.nv.gov

Obtenga ayuda con su solicitud.

Ayuda personalizada

Usted puede obtener ayuda personalizada para completar su solicitud en una de las oficinas de distrito de la División o de un Centro de Recursos para la Familia.

Para encontrar una ubicación cercana a su domicilio:

Llame al 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visite www.dwss.nv.gov

Llene la solicitud en formato papel adjunta.

La solicitud de papel, escrita a mano, es una opción para aquellos que tienen que usar papel.

Por Correo

- Siga las instrucciones y complete TODAS las secciones aplicables a usted y a su familia.
- Envíe su solicitud a la oficina local de Bienestar o por correo a: DWSS
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

Información de contacto (Necesitamos podernos poner en contacto con un miembro adulto de la familia...)

Primer nombre: Segundo nombre: Apellido: Sufijo (Jr. /Sr., etc.) Fecha de nacimiento

Dirección de su domicilio: Número de apartamento:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Si usted no tiene una dirección permanente, usted aún tiene que proporcionar una dirección de correo válida.

Dirección en donde recibe correo: (Si es distinta a la dirección de su domicilio) Número de apartamento:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número de teléfono durante el día Ext. Número de teléfono secundario Ext.

Actualmente, todas las notificaciones se envían en formato impreso. En el futuro, si está disponible, ¿le gustaría recibir información por:

Correo electrónico: Sí No Dirección de correo electrónico: _____Idioma preferido (si no es Inglés): español Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No**Información sobre el hogar**

Sus ingresos y el tamaño de la familia nos ayudan a decidir para cuales programas califica. Con esta información, podemos asegurarnos de que todos reciban la más amplia cobertura posible.

Quién debe ser incluido en esta solicitud:

- su cónyuge, si es casado
- sus hijos que viven con usted
- su pareja que vive con usted (pero sólo si tienen hijos en común que necesitan seguro de salud)
- cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, **sin importar que vivan con usted**
- **Si usted no presenta una declaración de impuestos, debe aún incluir los miembros de la familia que viven con usted.**

Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que someter su propia solicitud si quiere seguro. Usted no tiene que presentar declaración de impuestos para solicitar seguro de salud.

Complete las páginas Miembros adicionales del hogar para cada persona en su familia. Comience con usted mismo. Si tiene más de 2 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas “Miembros adicionales del hogar” y completarlas.

Necesitamos los números de Seguro Social (SSN) de todos los que solicitan seguro de salud, si lo tienen. Un SSN es opcional para las personas que no solicitan seguro, pero el proporcionarlo puede acelerar el proceso de solicitud. **Por favor, asegúrese de que el nombre en la solicitud sea el mismo que aparece en su tarjeta de Seguro Social.**

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska (AI/AN) que se inscriban en Medicaid, Nevada Check Up y los Mercados de Seguros de Salud Silver State también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales o los programas urbanos de salud indígena.

Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos y pueden recibir períodos especiales de inscripción mensuales. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible.

Información sobre el jefe de familia

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo (Jr. /Sr., etc.)	Estado civil	Si está casado, ¿vive con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Parentesco con usted? Sí mismo
Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento ____/____/____	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto: _____ En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan? : ____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

¿Espera usted presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

Sí **En caso afirmativo**, conteste las preguntas 1 - 3 No **Si No**, pase a la pregunta 3
Nota: Usted aún puede solicitar un seguro de salud, incluso si usted no presenta una declaración de impuestos federales.

1. ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? Sí No
En caso afirmativo, nombre del cónyuge/pareja: _____

2. ¿Va a reclamar a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
En caso afirmativo, anote los nombres de los dependientes: _____

3. ¿Lo declaran a usted como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
En caso afirmativo, por favor anote el nombre del declarante: _____
¿Qué parentesco tiene usted con el declarante? _____

¿Está solicitando Medicaid, Nevada Check Up o ayuda con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima - APTC)?

Sí **En caso afirmativo**, responda a todas las preguntas que figuran a continuación. No **Si no**, pase a las preguntas sobre ingresos.
Nota: Marcando "Sí" significa que usted será evaluado para recibir beneficios médicos con fondos federales.

Número de Seguro Social - REQUERIDO si no indicado anteriormente _____ - _____	Si usted es un niño, menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no es ciudadano de los Estados Unidos, ¿tiene estatus migratorio como elegible?? En caso afirmativo , proporcione la siguiente información:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____ Número de identificación: _____
¿Es (son) usted, su cónyuge/pareja doméstica o sus padres (si usted es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿a qué tribu pertenece? _____	
Si usted es menor de 26 años de edad, ¿alguna vez ha estado en cuidado temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿en qué estado? _____	
¿Edad cuando salió del programa? _____	¿Recibió cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información sobre el jefe de familia, continuación:

¿Es usted el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar?

 Sí No**En caso afirmativo, ¿de quién?** _____¿Necesita ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? Sí No**En caso afirmativo, ¿para cuáles meses?** _____¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? Sí No¿Recibe ingresos de la Seguridad Social (SSI)? Sí No

¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico?

 Sí No**Información sobre empleo actual e ingresos** **Desempleado** – Pase a la sección 'Otros ingresos'**EMPLEO ACTUAL:**Durante los últimos 3 meses ha usted: Cambiado de empleo Dejado de trabajar
 Trabajado menos horas Ninguno de estos

Nombre del empleador: (Si trabaja por su cuenta escriba 'SÍ MISMO')

Promedio de horas trabajadas cada semana

Dirección del empleador:

Número de teléfono del empleador:
()

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Salarios en bruto/propinas por periodo de pago:
\$¿Con qué frecuencia le pagan? Semanalmente Cada dos semanas
 Bimensualmente Mensualmente Anualmente**Si trabaja por su cuenta, por favor conteste las siguientes preguntas:**

Tipo de trabajo: _____

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que los gastos son pagados) va a recibir este mes? \$ _____

OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que usted la recibe.**Nota:** Usted no tiene que darnos datos acerca de la manutención de menores o pagos por discapacidad de veteranos. Algún dinero recibido puede o no puede ser contado para Medicaid y Nevada Check Up. Háganos saber si el dinero recibido se considera como ingreso tribal. Ninguno

¿Ingresos tribuales?

 Beneficios por desempleo \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Pensión de jubilación \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Pensiones \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Beneficios de la Seguridad Social (RSDI) \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Intereses/Dividendos \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Sí No Anualidades \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Sí No

Información sobre el jefe de familia, continuación:**OTROS INGRESOS, continuación:**

				¿Ingresos tribuales?
<input type="checkbox"/>	Ingresos de alquiler o regalías	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ganancias de capital	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos agrícolas o de pesca	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Becas y Subvenciones	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Adelantos en efectivo	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Ganancias de juego	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Otro	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si usted paga por algunas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, el dejarnos saber podría reducir su ingreso contable. **Nota:** No debe incluir un costo tomado en consideración en su respuesta anterior sobre su ingreso neto si trabaja por cuenta propia.

<input type="checkbox"/>	Gastos de educador	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros para la salud	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Gastos de mudanza	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Gastos de negocio de reservistas, artistas intérpretes y funcionarios gubernamentales de pago a base de honorarios	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Intereses de préstamos estudiantiles	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Matrícula y cargos	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Actividades de producción doméstica	\$ _____	¿Frecuencia? _____

INGRESOS ANUALES:

Si los ingresos que aparecen en esta página no son constantes de mes a mes, por favor díganos lo que se espera que sean los ingresos anuales. **Por ejemplo,** algunas personas esperan que sus ingresos sean cambiables, ya que sólo trabajan algunos meses del año. Si usted no espera un cambio en sus ingresos mensuales, no responda a las dos preguntas siguientes.

Total de los ingresos anuales esperados este año:
\$ _____

Total de los ingresos anuales esperados para el próximo año: \$ _____

RAZA/ORÍGEN ÉTNICO

¿Es usted de origen hispano, latino o español? (opcional) Sí No

Si es hispano/latino (marque todo lo que corresponda - opcional):

Mexicano Mexicoamericano Puertorriqueño Cubano Chicano/a Otro

Raza (opcional) – seleccione todas las que apliquen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otra |

Miembros adicionales del hogar (Si existen más de dos personas, haga una copia de la sección Miembros adicionales del hogar y complétela.)

Primer Nombre, Segundo, Apellido y Sufijo (Jr. /Sr., etc.)	Estado civil	Si está casado, ¿vive con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Parentesco con usted?
Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento ____/____/____	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto: _____ En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan?: ____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

¿Espera esta persona presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

Sí **En caso afirmativo, conteste las preguntas 1 - 3** No **Si No, pase a la pregunta 3.**

Nota: Esta persona aún puede solicitar un seguro de salud, incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.

- ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? Sí No
En caso afirmativo, nombre del cónyuge/pareja: _____
- ¿Va a reclamar a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
En caso afirmativo, anote los nombres de los dependientes: _____
- ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
En caso afirmativo, por favor anote el nombre del declarante: _____
¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____

¿Está esta persona solicitando Medicaid, Nevada Check Up o ayuda con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima - APTC)?

Sí **En caso afirmativo, responda a todas las preguntas que figuran a continuación.** No **Si no, pase a las preguntas sobre ingresos.**

Nota: Marcando "Sí" significa que será evaluado para recibir beneficios médicos con fondos federales.

Número de Seguro Social - REQUERIDO si no indicado anteriormente _____ - _____ - _____	Si es un niño, menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Miembros adicionales del hogar, continuación:	
Si no es ciudadano de los Estados Unidos, ¿tiene estatus migratorio como elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo , proporcione la siguiente información: _____	Tipo: _____
Número de identificación: _____	
¿Es (son) esta persona, su cónyuge/pareja doméstica o sus padres (si es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo , ¿a qué tribu pertenece?	
Si es menor de 26 años de edad, ¿alguna vez ha estado en cuidado temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo , ¿en qué estado? _____	
¿Edad cuando salió del programa? _____	¿Recibió cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿de quién? _____	
¿Necesita ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo , ¿para cuáles meses?	
¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Recibe ingresos de la Seguridad Social (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información sobre empleo actual e ingresos <input type="checkbox"/> Desempleado – Pase a la sección 'Otros ingresos'	
EMPLEO ACTUAL:	
Durante los últimos 3 meses ha: <input type="checkbox"/> Cambiado de empleo <input type="checkbox"/> Dejado de trabajar <input type="checkbox"/> Trabajado menos horas <input type="checkbox"/> Ninguno de estos	
Nombre del empleador: (Si trabaja por su cuenta escriba 'SÍ MISMO')	Promedio de horas trabajadas cada semana
Dirección del empleador:	Número de teléfono del empleador: ()
Ciudad:	Estado: Código postal:
Salarios en bruto/propinas por periodo de pago: \$	¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Bimensualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
Si esta persona trabaja por su cuenta, por favor conteste las siguientes preguntas:	
Tipo de trabajo: _____	
¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que los gastos son pagados) va a recibir este mes? \$ _____	

Miembros adicionales del hogar, continuación:**OTROS INGRESOS:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que la recibe.

Nota: No tiene que darnos datos acerca de la manutención de menores o pagos por discapacidad de veteranos. Algún dinero recibido puede o no puede ser contado para Medicaid y Nevada Check Up. Háganos saber si el dinero recibido se considera como ingreso tribal.

<input type="checkbox"/> Ninguno				¿Ingresos tribuales?
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Pensión de jubilación	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Beneficios de la Seguridad Social (RSDI)	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Anualidades	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler o regalías	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ganancias de capital	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ingresos agrícolas o de pesca	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Becas y Subvenciones	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Adelantos en efectivo	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Ganancias de juego	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Otro	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si paga por algunas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, el dejarnos saber podría reducir su ingreso contable. Nota: No debe incluir un costo tomado en consideración en su respuesta anterior sobre el ingreso neto si esta persona trabaja por cuenta propia.

<input type="checkbox"/> Gastos de educador	\$ _____	¿Frecuencia?	_____
<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros para la salud	\$ _____	¿Frecuencia?	_____
<input type="checkbox"/> Gastos de mudanza	\$ _____	¿Frecuencia?	_____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia?	_____
<input type="checkbox"/> Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	\$ _____	¿Frecuencia?	_____
<input type="checkbox"/> Gastos de negocio de reservistas, artistas intérpretes y funcionarios gubernamentales de pago a base de honorarios	\$ _____	¿Frecuencia?	_____

Miembros adicionales del hogar, continuación:**DEDUCCIONES, continuación:**

- | | | | |
|--------------------------|---|----------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Multa pagada por retiro temprano de ahorros | \$ _____ | ¿Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> | Intereses de préstamos estudiantiles | \$ _____ | ¿Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> | Matrícula y cargos | \$ _____ | ¿Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> | Actividades de producción doméstica | \$ _____ | ¿Frecuencia? _____ |

INGRESOS ANUALES:

Si los ingresos que aparecen en esta página no son constantes de mes a mes, por favor díganos lo que se espera que sean los ingresos anuales. **Por ejemplo**, algunas personas esperan que sus ingresos sean cambiables, ya que sólo trabajan algunos meses del año. Si no se espera un cambio en los ingresos mensuales, no responda a las dos preguntas siguientes.

Total de los ingresos anuales esperados este año:
\$ _____

Total de los ingresos anuales esperados para el próximo año: \$ _____

RACE / ETHNICITY

¿Son de origen hispano, latino o español? (opcional) Sí No

Si es hispano/latino (marque todo lo que corresponda - opcional):

- Mexicano Mexicoamericano Puertorriqueño Cubano Chicano/a Otro

Raza (opcional) – seleccione todas las que apliquen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otro |

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

Conteste las siguientes preguntas para todos los que están solicitando ayuda para pagar por el seguro de salud.

SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO: (Esto incluye la cobertura del trabajo de otro, como un padre, pareja doméstica o cónyuge, e incluye los planes privados de los empleadores, así como TRICARE, planes para empleados federales o estatales y del Cuerpo de Paz.)

¿Hay alguien a quien se le ofrece cobertura de salud a través del empleo?

- Sí **En caso afirmativo**, conteste las siguientes preguntas No **Si No**, pase a la sección 'Otra Información Sobre el Seguro de Salud'

Tenemos que saber acerca de cualquier cobertura de salud que usted podría conseguir a través de un empleo. Puede utilizar este formulario para obtener información del empleador sobre la cobertura de salud que se ofrece. **Si hay más de un empleo, copie esta página.**

Nombre del empleado:		Número de Seguro Social del empleado _____ - _____ - _____
Nombre del empleador:	Número de identificación del empleador (EIN)	Número de teléfono del empleador (_____) _____ - _____
Dirección del empleador:	Ciudad	Estado Código postal
¿Con quién nos podemos comunicar acerca de la cobertura de salud para los empleados en esta empresa?	Número de teléfono: (_____) _____ - _____	Dirección de correo electrónico:

¿Es elegible actualmente el empleado para la cobertura ofrecida por su empleador?

- Sí **En caso afirmativo**, ¿se ofrecerá cobertura para este empleo el PRÓXIMO año? Sí No
 No Si el empleado NO es elegible actualmente, ¿será elegible en los PRÓXIMOS 3 meses? Sí No
En caso afirmativo, indique la fecha: ___/___/___

¿Quién en la familia del empleado será cubierto por el plan de salud? Cónyuge Pareja doméstica Dependiente(s)

¿Quién será cubierto por el plan de salud? (Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

Nombre de la persona (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Inscrito actualmente, piensa inscribirse, o no inscrito	Cambios que planea hacer el próximo año
	<input type="checkbox"/> Inscrito actualmente <input type="checkbox"/> Piensa inscribirse Fecha de inicio: ___/___/___ <input type="checkbox"/> No inscrito	<input type="checkbox"/> Planea cancelar la cobertura Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Será elegible Fecha de inicio: ___/___/___
	<input type="checkbox"/> Inscrito actualmente <input type="checkbox"/> Piensa inscribirse Fecha de inicio: ___/___/___ <input type="checkbox"/> No inscrito	<input type="checkbox"/> Planea cancelar la cobertura Fecha: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Será elegible Fecha de inicio: ___/___/___

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD, continuación:**SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO (continuación):**

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar del valor mínimo?* Sí No

Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar del valor mínimo * que **sólo se ofrece al empleado** (no incluya los planes de la familia).

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiría el descuento máximo para todos los programas para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

- a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____
- b. ¿Frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes
 Por trimestre Anualmente

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

- El empleador no ofrecerá cobertura de salud
- El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar del valor mínimo. * (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar.)

- a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____
- b. ¿Frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes
 Por trimestre Anualmente
- c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el " estándar del valor mínimo " si el total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código de El Servicio de Impuestos Internos de 1986.)

OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

¿Alguien tiene otro seguro de salud, incluyendo seguro para veteranos, Medicaid / Nevada Check Up, Medicare, COBRA, seguro privado u otro plan de salud para jubilados? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

¿Quién tiene otro seguro de salud?	¿Qué tipo de seguro tienen?	Nombre del plan	Número de póliza
Nombre:			
Nombre:			

OTRA INFORMACIÓN

Para facilitar el determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar por la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir a Nevada Health Link utilizar mis datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos, para los próximos 5 años (el número máximo de años permitido). Nevada Health Link me enviará una notificación, me permitirá hacer cambios, y puedo optar por no registrarme en cualquier momento.

Yo doy permiso para acceso a mis declaraciones de impuestos en el momento de renovación para los próximos:

- Sí **En caso afirmativo**, ¿cuántos años? 0 Años 1 Año 2 Años 3 Años 4 Años 5 Años
 No **No** renueven mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar el seguro de salud

Representante Autorizado

Usted puede otorgar a un amigo o compañero de confianza permiso de poder hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en los asuntos relacionados con esta solicitud. Esta persona es lo que se llama un "representante autorizado".

¿Quiere nombrar a alguien como su representante autorizado? Sí No **Si No**, omita esta sección.

Nombre del Representante Autorizado

Número de teléfono
(_____) _____ -

Dirección

Ciudad

E
st
a
d
o
Código postal

Al firmar, usted permite a esta persona firmar la solicitud, obtener información oficial sobre esta solicitud y actuar en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

Su firma _____

_____/_____/_____
Fecha

Programa de Recuperación de Medicaid

Los beneficiarios de Medicaid que tienen 55 años o más de edad o están hospitalizados en un centro médico pueden ser responsables por el reembolso de los gastos pagados por ellos por Medicaid. Estos pagos hechos por parte del Programa de Medicaid pueden recuperarse del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Iniciales _____

Responsabilidad de terceros

Yo entiendo lo que sigue es un requisito de elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid:

- 1) Si alguien en esta solicitud recibe beneficios de Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener dinero de otros seguros de salud, seguros, acuerdos legales, y cualquier otro tercero que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por Medicaid; y
- 2) Yo doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener manutención de niños y médica de un cónyuge o un padre; y
- 3) Yo estoy de acuerdo en que los miembros de mi familia cooperarán con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y darán a DHHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Iniciales _____

Información de Referencias:

¿Cómo se enteró acerca de estos programas? Marque SÓLO uno:

- Covering Kids & Families Escuela Recursos tribuales
- WIC Clínica Amigo / Familia
- Otro: _____

No Discriminación

Siguiendo la ley federal, la discriminación no está permitida sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Usted puede presentar una queja por discriminación, visitando a <http://www.hhs.gov/ocr/office/file>; o puede escribir a: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201; o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257(TTY).

**SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA,
¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?**

(Por favor marque una)

- Sí No

Si usted no marca ninguna casilla, se considerara que usted no desea registrarse a votar en este momento.

La **Ley Nacional de Registro de Votantes** le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. Usted puede llenar la solicitud en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: El hecho de inscribirse o negarse a registrarse para votar **NO AFECTARÁ** la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

____/____/____

Su firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89701.

Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud usted autoriza al Departamento de Salud y Recursos Humanos a hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de sus niños, que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por la División de Bienestar y Nevada Health Link. Información proveída a la agencia puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad.

Usted debe cooperar con la investigación si no sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted intencionadamente hace una declaración falsa o engañosa, proporciona documentos que han sido alterados, u oculta o retiene información que es necesaria para que la agencia pueda hacer una determinación precisa de los beneficios para los cuales usted es elegible, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Iniciales _____

Sus derechos

Si usted piensa que hemos cometido un error o que no hemos actuado a tiempo en su solicitud puede apelar. Esto significa que usted puede pedirnos que revisemos su caso nuevamente. Usted debe solicitar una apelación por escrito dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la notificación. La notificación le dirá cómo apelar. Usted puede designar a un representante para que actúe en su nombre durante el proceso de apelación. Póngase en contacto con nosotros, le podemos ayudar con su apelación.

Iniciales _____

Sus Responsabilidades

Sé que tengo que avisarle al programa en el cual voy a estar inscrito si la información que enumeré en esta solicitud cambia. Sé que puedo hacer cambios llamando al servicio al cliente y que tengo que reportarme a más tardar el quinto (5 °) día del mes siguiente. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad para miembros de mi hogar.

Iniciales _____

Divulgación de Información

Por la presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Salud y Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

Su firma _____

_____/_____/_____
Fecha**Cooperación con los Servicios de Cumplimiento de la Manutención para niños**

Reconozco que voy a ser requerido a cooperar con la agencia para cobrar la manutención médica y establecer la paternidad de un padre ausente. Si pienso que el cooperar para cobrar la manutención médica podría causar daño a mí o a mis hijos, puedo decirle a la agencia y posible que no tenga que cooperar.

Iniciales _____

¿Tiene algún niño en esta solicitud un padre que vive fuera de la casa? Sí No**Encarcelamiento**¿Está alguien que solicita un seguro de salud en esta solicitud encarcelado? Sí No**En caso afirmativo**, escriba el nombre de la persona encarcelada aquí: _____ Marque aquí si esta persona está pendiente de la disposición de los cargos.

Política de privacidad

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se usarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud o ayudar a pagar por la cobertura. Nevada Health Link, la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social y el Departamento de Salud y Servicios Humanos revisarán su elegibilidad usando nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de otras agencias federales. Si la información no coincide, podemos pedirle que nos envíe pruebas. No vamos a hacer preguntas sobre sus antecedentes médicos. No se harán preguntas sobre la ciudadanía o estatus migratorio a los miembros del hogar que no quieren la cobertura.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social, del Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informe del consumidor.

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura y la ayuda para pagar la cobertura si usted la desea y para darle el mejor servicio posible. También podemos revisar su información posteriormente para asegurarnos de que su información esté actualizada. Le notificaremos si encontramos que algo ha cambiado.

Yo entiendo que mi información será usada y recuperada a través de fuentes de datos para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas enumeradas en la solicitud que permite la recuperación y el uso de su información de las fuentes de datos anteriormente mencionadas.

Iniciales _____

Selección del plan de salud (esta sección solo aplica a hogares con Medicaid y Nevada Check Up y no aplica si es elegible para APTC):

Las familias que viven en los condados urbanos de Washoe County o Clark County están cubiertas por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia por un plan de salud en su solicitud, nosotros escogeremos por usted. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check Up. Podemos no honrar su elección de planes si usted o algún miembro de la familia ha estado inscrito en una de nuestras organizaciones de atención médica administrada actuales. Una vez inscritas, las familias recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud y pueden ponerse en contacto con los siguientes números para obtener información sobre los planes de salud.

Por favor elija un plan de salud	Teléfono de contacto	Sitio Web
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	1-833-685-2109	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com

NOTA: Si usted no indica una preferencia por un plan de salud, nosotros escogeremos por usted.

Para las familias que viven en la zona de pago-por-servicio de beneficio, los servicios se pueden obtener de cualquier proveedor de Nevada Medicaid. Si necesita ayuda para localizar un proveedor, por favor llame a la oficina local de distrito de Medicaid:

Carson City
(775) 684-3651

Reno
(775) 687-1900

Las Vegas
(702) 668-4200

Elko
(775) 753-1191

Por favor, lea y firme esta solicitud.

- Yo firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas al mejor de mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a penalidades bajo las leyes estatales o federales si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta.
- Yo juro que he reportado honestamente mi estado de ciudadanía y de cualquier persona por la cual estoy solicitando.

Firma o Marca del Solicitante

____/____/____
Fecha

Firma o Marca del Cónyuge/Pareja (Segundo padre del(los) niño(s))

____/____/____
Fecha

Testigo: (Utilice si el solicitante no puede leer ni escribir o es ciego.)

La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.

Firma del Testigo

____/____/____
Fecha

Envíe por correo su solicitud completada.

Entregue su solicitud a la oficina local de Bienestar o, envíela por correo a:

PO BOX 15400
Las Vegas, NV 89114

Se acordó de:

- ✓ ¿Informarnos de todos en su familia y el hogar, incluso si ellos no necesitan un seguro?
- ✓ ¿Preguntarle a su empleador sobre cualquier seguro relacionado con el empleo?
- ✓ ¿Firmar esta solicitud?