

Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos

LO QUE DEBE SABER



Use esta solicitud para saber sus opciones de cobertura

- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid, FAMIS o Plan First
- Si usted no reúne los requisitos para Medicaid o FAMIS, será remitida al Mercado Federal de Seguro de Salud (Federal Health Insurance Marketplace) para acceder a planes de seguro de salud privados asequibles que ofrecen amplia cobertura para ayudarlo a mantenerse bien y pueden incluir un nuevo crédito fiscal que de inmediato puede ayudarlo a pagar sus primas de cobertura de la salud.

Usted puede calificar para un programa de bajo costo incluso si gana tanto como \$104,800 por año (para una familia de 4).



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si usted o su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o sin costo.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer una solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Aplicando por la cobertura de salud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a completar esta solicitud, tal vez necesite completar el Apéndice C.
- Si usted solicita en nombre de alguien que no es su esposo/a o familiar menor de 21 años, debe completar un formulario de representante autorizado (Apéndice C).
- Si tiene 65 años o más o es discapacitado o de cualquier edad y necesita asistencia con el centro de enfermería o la atención basada en la comunidad, usted necesitará completar el Apéndice D.



Solicite más

Realice la solicitud con mayor rapidez en línea en

commonhelp.virginia.gov.

Para más información sobre Medicaid, FAMIS y Plan First visite coverva.org.



Qué es lo que pudiera necesitar para la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talones de cheques, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico de parte de su trabajo disponible para su familia



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre sus ingresos y lo demás para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y segura como lo requiere la ley.**



¿Qué sigue después?

Si utiliza esta solicitud de papel, envíe su solicitud completa y firmada al Departamento de Servicios Sociales local en la ciudad o condado donde vive. Van a seguir en contacto con usted para obtener información adicional. Su solicitud se deberá procesar dentro de los 45 días desde la fecha en que se recibió.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **Por teléfono:** Llame Cover Virginia al **1-855-242-8282**.
- **En persona:** Habrá ayudantes de solicitud en su área que pueden ayudar. Visite nuestro sitio web en coverva.org o llame al **1-855-242-8282** para recibir más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-242-8282**.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Para llenar la solicitud use tinta azul o negra.

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos una persona adulta de la familia que sea el contacto para su solicitud.)

1. Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo	
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)						3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad		5. Estado □□		6. Código Postal □□□□□□		7. Condado	
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)						9. Número de apartamento o suite	
10. Ciudad		11. Estado □□		12. Código Postal □□□□□□		13. Condado	
14. Número de teléfono (□□□) □□□ - □□□□□				15. Otro número de teléfono (□□□) □□□ - □□□□□			

16a. Necesitamos saber la mejor manera de estar en contacto con usted sobre esta aplicación y su cobertura de salud si usted es elegible. ¿Desea leer los avisos sobre su solicitud electrónicamente?

- Sí. Quiero leer mis notificaciones en línea. (Si seleccionó la opción, siga a la próxima pregunta.)
- No. Quisiera que las notificaciones me las manden por correo.

b. Usted sera contactado cuando las notificaciones están listas por este sitio web. ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted?

- (Elige una opción) El número celular _____
- La dirección de correo electrónico _____

c. Usted puede cambiar sus preferencias de comunicación y avisos en cualquier momento. Por teléfono celular o dirección de correo electrónico.

17. ¿Cuál es su idioma oral o escrito preferido (si no es el inglés)?

PASO 2 Díganos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos quiénes son todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara los impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar los impuestos para obtener una cobertura de salud).

Incluya:


- A usted
- Su esposo/a
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Ambos padres viven en la casa (para un menor de 21)
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada si no tienes niño juntos en el hogar
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted, luego incluya los otros adultos y niños. Si usted tiene más de 2 personas en su familia, necesitará incluir copias del formulario complementario de Persona Adicional de una sola página y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted mismo, su esposo/a y los hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona que aparezca en su declaración de impuestos en caso de que presente una. Incluya a ambos padres que vivan en la casa (para un menor de 21). Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

1a. ¿Es usted? Casada/o Nunca se casó Divorciada/o Viuda/o Separada/o

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

/ /

4. Sexo Hombre Mujer

2. ¿Cuál es la relación con usted?
YO MISMO

5. Número de Seguro Social (SSN) - -

Necesitamos esta parte si quiere cobertura médica y tiene un SSN. Aunque no desea la cobertura medica para usted, el proporcionar su SSN puede acelerar el proceso de su solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos e información adicional para determinar quien es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Piensa presentar una declaración federal de impuestos el PRÓXIMO AÑO?

(Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

SÍ. Por favor responda a las preguntas a-c. **NO.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su esposo/a? Sí No

SÍ. Nombre del esposo/a: _____

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

SÍ. Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será usted reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

SÍ. Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

7. ¿Está embarazada o ha estado embarazada en los últimos 60 días? Sí No

a. **SÍ.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? Fecha de parto: _____

8. ¿Necesita cobertura médica? (Incluso aunque tengan Medicare u otro seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos menores).

De NO ser así, pase directamente a las preguntas sobre ingresos en la página 3 y deje el resto de esta página en blanco.

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo.



8a. Si tiene entre 19 y 64 años y no es elegible para una cobertura completa, ¿desea ser evaluado para Plan First (solo cobertura de planificación familiar)? Sí No Usted será evaluada para el Plan First a menos que marque NO.

9. ¿Necesita ayuda con las tareas diarias, como bañarse, vestirse, caminar, o para usar el baño para vivir de manera segura en su hogar? Sí No **Si usted tiene 65 años o más** Sí No **Si usted tiene Medicare, por favor llene el apéndice D.**

9a. Si respondió que sí a la pregunta 9 y tiene entre 19 y 64 años de edad y no tiene Medicare, pero necesita servicios a largo plazo y apoyo, por favor complete el Apéndice F.

10. ¿Es usted ciudadano o nacional de los EE.UU.? Sí No

11. **Si usted no es ciudadano o nacional de los EE.UU.**, tiene un estado migratorio elegible?

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____

b. Número de ID del documento

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

d. ¿Es usted o su esposo/a o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

d. ¿Ha servido usted, su cónyuge, o sus padres en las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

12. ¿Vive por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

13. ¿Está usted en la cárcel (detenida o encarcelada)? Sí No **En caso afirmativo,** Federal Estatal (DOC or DJJ) Local/Regional

Marque aquí si la disposición de cargos está pendiente

Fecha de encarcelamiento / / Fecha prevista de liberación / /

14. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

15. ¿Estuvo en un hogar de acogida a los 18 años de edad o más?

Sí No **En caso afirmativo,** en que estado _____

16. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Mexicano/a Mexicano/a Americano/a Chicano/a Puertorriqueño/a Cubano/a Otro _____

17. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Blanco

Indio Americano o

Filipino

Vietnamita

Guameño o Chamorro

Negro o

Nativo de Alaska

Japonés

Otro Asiático

Samoano

Afroamericano

Indio Asiático

Coreano

Nativo Hawaiano

Otros Isleños del Pacífico

Chino

Otro _____

? **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con su propia información)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 28.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre del empleador		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	19. Número de teléfono del empleador
			() -
20. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas			21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre del empleador		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	23. Número de teléfono del empleador
			() -
24. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas			25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente			
26. En el último año, usted: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajos <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguno de estos			

27. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

- a. Tipo de trabajo: _____
- b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se pagan los gastos de negocio) que recibirá por este trabajo autónomo este mes? \$

28. OTROS INGRESOS DE ESTE MES: Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Si no los recibe, marque aquí			
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			¿Con qué frecuencia? _____
			<input type="checkbox"/> Otros ingresos Tipo _____
			\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>


29. ¿Desea recibir ayuda para pagar las facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses? Sí No En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales de los 3 meses anteriores. Mes 1: \$ Mes 2 \$ Mes 3: \$

30. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).


<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Con qué frecuencia? _____

31. INGRESO ANUAL: Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente. 

Su ingreso total este año	Su ingreso total el próximo año (si considera que será diferente)
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



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

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.


PASO 2: PERSONA 2

Si usted tiene más de dos personas por incluir, llene tantos formularios suplementarios de una sola página para personas adicionales como necesite.

Complete el Paso 2 para su esposo/a e hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona que aparezca en su misma declaración de impuestos en caso de que presente una. Incluya a ambos padres que vivan en la casa (para un menor de 21). Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
1a. ¿La PERSONA 2 esta? <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Separada/o			
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) □□ / □□ / □□□□		4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	2. ¿Cuál es la relación con usted?
5. Número de Seguro Social (SSN) □□□□ - □□□ - □□□□ Necesitamos esto si usted desea cobertura de salud para la PERSONA 2 y dicha persona tiene número de Seguro Social.			
6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De NO ser así, indique la dirección: _____			
7. ¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Usted todavía puede solicitar seguro médico incluso si la PERSONA 2 no presenta declaración de impuestos federales). <input type="checkbox"/> SÍ. Por favor responda a las preguntas a–c. <input type="checkbox"/> NO. Vaya a la pregunta c. a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su esposo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SÍ. Nombre del esposo/a: _____ b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SÍ. Indique los nombres de los dependientes: _____ c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SÍ. Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____ ¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? _____			
8. La Persona 2 está embarazada? O estaba embarazada en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. SÍ. ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Fecha de parto: _____			
9. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica? (Incluso si la Persona 2 tiene Medicare u otro seguro, puede haber un programa con una mejor cobertura o menores costos). De NO ser así, pase directamente a las preguntas sobre ingresos en la página 5 y deje el resto de esta página en blanco. <input type="checkbox"/> SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo.  			
9a. Si tiene entre 19 y 64 años y no es elegible para una cobertura completa, ¿desea la PERSONA 2 ser evaluada para Plan First (solo cobertura de planificación familiar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La PERSONA 2 será evaluada para el Plan First a menos que marque NO.			
10. ¿Necesita la PERSONA 2 ayuda con sus tareas diarias como bañarse, vestirse, caminar o usar el baño para vivir de manera segura en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No o ¿Les ha dicho un médico o enfermera que tienen una discapacidad física o una enfermedad a largo plazo, una enfermedad mental o emocional o un problema de adicción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la PERSONA 2 tiene 65 años de edad o mayor de 65 años o tiene Medicare, por favor complete el Apéndice D.			
10a. Si la PERSONA 2 respondió que sí a la pregunta 9 y tiene entre 19 y 64 años de edad y no tiene Medicare, pero necesita servicios a largo plazo y apoyo, por favor complete el Apéndice F.			
11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana o nacional de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
12. Si la PERSONA 2 no es ciudadana o nacional de los EE.UU. , tiene un estado de migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo. a. Tipo de documento de inmigración _____ d. ¿Es la PERSONA 2, o su esposo/a o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. Número de ID del documento □□□□□□□□□□ e. ¿Ha servido La PERSONA 2, su cónyuge, o sus padres en las fuerzas armadas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
13. ¿La Persona 2 vive con al menos un hijo menor de 19 años y la persona principal que cuida a este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		14. ¿La PERSONA 2 estuvo en hogar de acogida a los 18 años o más edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , en que estado _____	
15. ¿Está la PERSONA 2 en la cárcel (detenida o encarcelada)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estatal (DOC or DJJ) <input type="checkbox"/> Local/Regional <input type="checkbox"/> Marque aquí si la disposición de cargos está pendiente Fecha de encarcelamiento □□ / □□ / □□□□ Fecha prevista de liberación □□ / □□ / □□□□			
16. ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
17. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.) <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Otro _____			
18. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Negro o <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Samoano Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____			

Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en la parte de atrás. 

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al 1-855-242-8282. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-242-8282 e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 19.

Sin empleo: Vaya a la pregunta 29.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 28.

TRABAJO ACTUAL 1:

19. Nombre del empleador		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado □□	d. Código postal □□□□□	20. Número de teléfono del empleador (□□□□) □□□□ - □□□□□
21. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ □□□□□□□		<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	22. Horas promedio trabajadas cada SEMANA □□□□

TRABAJO ACTUAL 2: (Si la PERSONA 2 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

23. Nombre del empleador		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado □□	d. Código postal □□□□□	20. Número de teléfono del empleador (□□□□) □□□□ - □□□□□
25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ □□□□□□□		<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	26. Horas promedio trabajadas cada SEMANA □□□□

27. **En el último año, la PERSONA 2:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

28. Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se pagan los gastos de negocio) que la PERSONA 2 recibirá por este trabajo autónomo este mes? \$ □□□□□□□

29. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia la PERSONA 2 que la reciben. **NOTA:** No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Si no los recibe, marque aquí	<input type="checkbox"/> Desempleo \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos Tipo _____ \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____

30. ¿La PERSONA 2 desea recibir ayuda para pagar las facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses? Sí No En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales de los 3 meses anteriores. Mes 1: \$ □□□□□ Mes 2: \$ □□□□□ Mes 3: \$ □□□□□

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia que la reciben. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 28b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil \$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ □□□□□ ¿Con qué frecuencia? _____


32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes.

Si no espera que se produzcan cambios de los ingresos mensuales de la PERSONA 2, agregue a otra persona o pase a la próxima

Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$ □□□□□□□	Ingresos total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que sería diferente) \$ □□□□□□□
---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.

Si tiene más de dos personas para incluir, complete el formulario complementario de Persona Adicional de una sola página.

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al 1-855-242-8282. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-242-8282 e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

PASO 3

Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

- NO.** Vaya al Paso 4.
- SÍ.** Vaya al Apéndice B.

PASO 4

Su Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de salud?

- SÍ.** Verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen. **NO.**

Medicaid _____

FAMIS _____

Plan First _____

Medicare _____

TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber)

Programas de atención médica de la Administración de Veteranos

Cuerpo de Paz _____

Mercado de seguros médicos _____

Seguro por el empleador _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es esta una cobertura COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud para retirados? Sí No

Otro

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)?

Sí No

2. ¿Hay alguna persona indicada en esta solicitud que se le ofreció una cobertura médica de un trabajo?

Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, como es el padre o esposo/a.


SÍ. Tendrá que completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados? Sí No

NO. Vaya al Paso 5.

*** MOTIVO POR LOS CUALES FINALIZÓ EL SEGURO DE SALUD DEL NIÑO:** **1** El padre o padrastro cambió de empleo o dejó de trabajar y ningún otro empleador contribuye para cubrir el costo de cobertura familiar. **2** El empleador del padre o padrastro dejó de contribuir para cubrir el costo de cobertura familiar y ningún otro empleador contribuye para cubrir el costo de cobertura familiar. **3** La compañía aseguradora interrumpió la cobertura ya que el niño no es elegible. **4** El costo del seguro superó el 10% del ingreso mensual (antes de impuestos). **5** El seguro fue cancelado por otra persona que no es ni el padre o padrastro quien vive con el niño. **6** Se interrumpió/cesó una póliza COBRA. **7** Otros.

Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 5 **Lea y firme esta solicitud.**

Renovación de la cobertura en los próximos años

A fin de facilitar la determinación de mi elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo y acepto en permitir que los programas Medicaid o FAMIS o el Mercado utilicen datos, incluida la información de la declaración jurada de impuestos. Entiendo que recibiré una notificación acerca del resultado de mi renovación. Entiendo que puedo optar por darme de baja en cualquier momento.

Sí, doy mi consentimiento para la utilización de datos electrónicos sobre ingresos, que incluyen información de las declaraciones de impuestos, con el fin de renovar anualmente mi derecho de participación de forma automática durante los próximos

- 5 años (el máximo número de años permitido), o por un menor número de años:
 4 años 3 años 2 años 1 año No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual significa que he proporcionado, a mi leal saber y entender, respuestas verdaderas a todas las preguntas en esta solicitud. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Entiendo que estoy autorizando al Departamento de Servicios Sociales local (LDSS) y el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) para que obtengan verificación/información necesaria a fin de determinar mi elegibilidad para Medicaid o FAMIS.
- Entiendo que los contratistas de Medicaid y DMAS pueden intercambiar información referida a mi cobertura con LDSS para asistir en los servicios de solicitud, inscripción, administración y facturación.
- Tengo conocimiento de que los individuos inscritos en atención administrada, pagarán una prima mensual a la MCO (Organización de Atención Administrada) por la cobertura de una persona. Si el niño o la mujer embarazada no son elegibles para FAMIS, FAMIS Plus, FAMIS MOMS o Medicaid debido a que no brindo información veraz u omito informar acerca de los cambios obligatorios en el tamaño o ingresos de mi familia, tendré que pagar nuevamente las primas mensuales abonadas a la MCO. Tendré que pagar estas primas incluso si no se recibió ningún servicio médico durante esos meses.
- Tengo conocimiento de que debo notificar al Departamento de Servicios Sociales local dentro de los 10 días calendario si algo cambia y si difiere de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar www.commonhelp.virginia.gov para informar acerca de cualquier cambio. Tengo conocimiento de que un cambio en mi información puede afectar la elegibilidad de los miembro(s) de mi grupo familiar.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda en el pago de la cobertura médica si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, es probable que le pidamos que nos envíe evidencia.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le estoy dando los derechos nuestros a la agencia de Medicaid para seguir y obtener dinero de otro seguro médico, acuerdos legales, y otros terceros. También doy derechos a la agencia de Medicaid para seguir y obtener apoyo médico de un esposo/a o padre.
- Algun niño en esta solicitud tiene un padre o madre fuera del hogar? Sí No
- Si sí, se que me pedirán que coopere con la agencia que colecciona apoyo medico de un padre ausente. Si pienso que cooperando para coleccionar apoyo medico me causara daño a mi o mis hijos, yo le puedo decir a Medicaid y puede que no tenga que cooperar.

Mi derecho de apelar

Si pienso que Medicaid, FAMIS o Plan First ha cometido un error, puedo contactarlos en www.coverva.org o llamar al **1-855-242-8282**. Las instrucciones para presentar una apelación se incluirán en mi notificación y también están disponibles en el sitio web coverva.org. Si considero que el Mercado de Seguros Medicos (Health Insurance Marketplace) ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el Mercado de Seguros Medicos que considero que la acción es errónea y puedo solicitar una revisión justa de la acción. Tengo conocimiento de que puedo averiguar cómo apelar si llamo al Mercado al **1-800-318-2596**. Yo se que me puede representar alguien más en el proceso en vez de yo mismo. Mi elegibilidad y otra información importante será explicada a mi.


Firme esta solicitud. La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, si haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa) □□ / □□ / □□□□
-------	--------------------------------------

PASO 6 **Envíe por correo su solicitud completada.**

Envíe por correo su solicitud firmada a:

El Departamento de Servicios Sociales local en la ciudad o condado donde vive

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica acató las leyes federales de derechos civiles aplicables, y no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o incapacidad.

KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590) 번으로 전화해 주십시오.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

CHINESE

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-242-8282

(TTY: 1-888-221-1590)。

ARABIC

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-242-8282 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-888-221-1590).

TAGALOG

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

FARSI

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590) تماس بگیرید.

AMHARIC

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚኒሶታ

ቁጥር ይደውሉ 1-855-242-8282 (መስማት ለተሳናቸው: 1-888-221-1590)።

URDU

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590)۔

FRENCH

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-242-8282 (ATS : 1-888-221-1590).

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-242-8282 (телетайп: 1-888-221-1590).

HINDI

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590) पर कॉल करें।

GERMAN

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

BENGALI

ল য কর্নন যদি আপাঁ বাংলা, কথা বলতে পার্নে, তাহলে নি খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা


উপল আছে। ফোঁ কর্ন ১-৮৫৫-২৪২-৮২৮২ (TTY: ১-৮৮৮-২২১-১৫৯০)।

IGBO

AKWUKWỌ: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dị gị. Kpọọ 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

YORUBA

AKIYESI: Ti o ba sọrọ Yoruba, awọn iranlọwọ iranlọwọ ni ede, laisi idiyele, wa fun ọ. Pe 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

 ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al 1-855-242-8282. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-242-8282 e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

APÉNDICE A

Cobertura de Salud de Trabajos

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

Lleve la Solicitud de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

Información del empleado

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	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. Número de teléfono del empleador (□□□□) □□□□ - □□□□□□	
7. Ciudad	8. Estado □□	9. Código Postal □□□□□□
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (□□□□) □□□□ - □□□□□□	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?**

Sí (Continuar)

13a. Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? □□ / □□ / □□□□
Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo. (mm/dd/aaaa)

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* **ofrecido solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ □□□□□□

b. ¿Con qué frecuencia?

Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el año nuevo 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 mínimo de valor.

* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)


a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ □□□□□□

b. ¿Con qué frecuencia?

Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/yyyy): □□ / □□ / □□□□

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Internal Revenue Code de 1986)

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR



Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o esposo). La información en los espacios numerados abajo es igual a la información del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los espacios 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura de salud para la cual usted reúna los requisitos.



Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre (Primer, Segundo y Apellido)	2. Número de Seguro Social [] [] [] - [] [] - [] [] [] []
----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------



Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

3. Nombre	4. Número de Identificación del empleador (EIN) [] [] - [] [] [] [] [] []	
5. Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará las notificaciones a esta dirección)	6. Teléfono ([] [] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	
7. Ciudad	8. Estado [] []	9. Código Postal [] [] [] [] [] []
10. ¿Con quién podemos hablar en esta empresa, sobre la cobertura médica para los empleados?		
11. Teléfono (si es diferente al de arriba) ([] [] [] []) [] [] [] - [] [] [] []	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura médica ofrecida por este empleador, o lo será en los 3 próximos meses?

Sí (Vaya a la pregunta 13a.)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, entre otros motivos por estar en un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?
_____ (mm/dd/aaaa) (Vaya a la siguiente pregunta)

No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al esposo o dependiente del empleado?

Sí. ¿A quién cubre? Esposo/a Dependiente(s)

No

(Vaya a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo*?

Sí. (Vaya a la pregunta 15) (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo* ofrecido solamente al empleador (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuánto es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ [] [] [] [] [] []

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE y devuélvale el formulario al empleado.

16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año?

El empleador no ofrecerá un seguro médico

El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ [] [] [] [] [] []

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [] [] / [] [] / [] [] [] []

*Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para Indios, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Indios. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales mensuales para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2
1. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Primer nombre Segundo nombre Apellido	Primer nombre Segundo nombre Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o por medio de una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o por medio de una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen una significancia cultural	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? _____	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? _____

Asistencia para Completar esta Solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como “representante autorizado”. Si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local. Si usted solicita en nombre de alguien que no es su esposo/a o familiar, debe completar un formulario de representante autorizado (Apéndice C). Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial acerca de esta aplicación y actuar por usted sobre todos los asuntos futuros con esta agencia.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

O


¿Hay alguien más con quien le gustaría que compartamos su información sobre esta solicitud?

1. Confiero permiso a (nombre)		y/o (nombre de la organización)	
2. Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
3. Número de teléfono (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		4. Número de identificación (si correspondiere) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Para que reciba información sobre elegibilidad e inscripción relacionada con mi solicitud/caso. También otorgo permiso al Departamento de Servicios Sociales y/o al Departamento de Servicios de Asistencia Médica para divulgar información sobre dicha solicitud a esta persona/ organización.			
5. Su firma		6. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Certificación de agencia de inscripción de votantes de la Commonwealth de Virginia

Si no está inscripto para votar donde vive en la actualidad, ¿le gustaría solicitar inscribirse para votar?

Sí, me gustaría solicitar inscribirme para votar.

No, no quiero inscribirme para votar.

SI NO MARCA NINGÚN CASILLERO, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR ESTA VEZ.

- Solicitar inscribirse para votar o rechazar inscribirse para votar no afectará la asistencia o servicios que esta agencia le prestará.
- Si rechaza inscribirse para votar, este hecho permanecerá bajo confidencialidad. Si se inscribe para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá en confidencialidad y sólo se utilizará con fines de inscripción de votantes.
- Si le gustaría recibir ayuda para completar el formulario de inscripción de votante, le ayudaremos. La decisión sobre buscar ayuda o aceptarla depende de usted. Usted puede completar este formulario en privado si lo desea.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rechazar inscribirse para votar, su derecho a la privacidad en lo referido a la decisión de inscribirse o a solicitar inscribirse para votar, puede presentar una queja ante la Secretaría de la Junta de Elecciones del Estado de Virginia:

Secretary of the Virginia State Board of Elections
Washington Building
1100 Bank Street
Richmond, VA 23219-3497
804-864-8901


(para uso exclusivo de la agencia)

Formulario de inscripción de votante completado: Sí No

Formulario de inscripción de votante entregado al solicitante para su posterior envío por correo postal (a pedido del solicitante):

Firma del personal de la agencia

Fecha

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite coverva.org o llámenos al **1-855-242-8282**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-242-8282** e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

