



Medicaid Formulario de renovación

Puede obtener esta notificación en otro idioma
o en letra grande u otra forma que sea mejor para
usted Llame al 1-800-XXX-XXXX (TTY:
1-888-XXX-XXXX).

Mary Smith
123 Smith Street
Smithtown, FL 00000

5 de noviembre del 2013
Responder el: 12 de diciembre año 2013
Carta número: 34567

Es hora de renovar su cobertura de Medicaid.

Puede renovar su Medicaid en cualquiera de estas formas

- **¡Renovar en línea es más rápido!** Vaya a <web address> y presione en Renueva Mi Medicaid
- **Por teléfono:** Simplemente llame al 1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-888-XXX-XXXX). La llamada es gratuita
- **Por correo:** Rellene este formulario y envíelo a:
[Medicaid Agency]
[100 State Street]
[Anycity, State]
- **En persona:** Visite nuestra oficina en [Medicaid Agency] [100 State Street] [Anycity, State]. Horario de oficina: de 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes y de 9:00 a.m. a 12:00 pm. el sábado.

Cómo completar este formulario de renovación

1. Responder todas las preguntas del formulario.
2. Lea la información sobre usted y cada miembro de su familia. Agregue cualquier información que falte. Si alguna información ha cambiado, escriba la información correcta
3. Firme el formulario en la página 9.
4. **Devuelva este formulario antes del 12 de diciembre de 2013.** Si no lo devuelve en ese plazo, perderá su cobertura de Medicaid.

Que necesitamos

Necesitamos información sobre cada persona que vive en su hogar o que figura en su declaración de impuestos, incluyendo:

- Aquellos que reciben Medicaid ahora,
- Aquellos que no reciben Medicaid ahora, pero les gustaría aplicar, y
- Otros que viven en el hogar y no reciben Medicaid, pero no quieren solicitar.

Verificaremos sus respuestas usando información usando información de fuentes de bases de datos, incluyendo el Servicio de Impuestos Internos (IRS), La administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y otros. Si la información no coincide, podemos solicitarle que envíe más información

Sí no califica para Medicaid

Sí no califica para Medicaid, [state agency] comprobará si usted califica para otros tipos de cobertura de salud. [State agency] Puede enviar su información a otro programa para que pueda ver si usted califica.



¿Preguntas? Llame [state agency] al 1-800-XXX-XXXX. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.

1

Sus datos de contacto

▼ Revise su información de contacto aquí

Ernie Roberts

Dirección del domicilio:

1234 America Ave. Apt. 1A

Anywhere, ST 12345

Dirección postal 5678

Broad St.

P.O. Box 6789

Anywhere, ST 12345

Teléfono:

Hogar: 111-222-3333 Otro:

▼ Corrija cualquier información correcta o faltante aquí.

Nombre (*Primero, segundo, apellido y sufijo*)**Domicilio**

Apartamento #

Ciudad (*hogar*)

Estado

Código postal

Dirección postal

Apartamento #

Ciudad (*correo*)

Estado

Código postal

El mejor número de teléfono para localizarlo:

☐

Hogar

☐

Teléfono móvil

☐

Trabajo

Número:

Otro número de teléfono, si tiene uno:

☐

Hogar

☐

Teléfono móvil

☐

Trabajo

Número:

Dirección de correo electrónico, si la tiene:

2

Necesitamos información sobre quien presenta las declaraciones de impuestos

Usted todavía puede renovar si no presenta sus declaraciones de impuestos.¿Alguien del hogar presentará una **Declaración de impuestos federal el año que viene** para informar sobre los ingresos obtenidos **este año**?☐Si **Sí respondió sí**, responda todas las preguntas que se presentan a continuación. ☐ No **Sí contestó no**, responda la pregunta marcada con una estrella ★ a continuación**Persona 1:** Nombre (*primero, segundo, apellido y sufijo*)

Sí esta persona está presentando una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:

Si esta persona va a reclamar dependientes, escriba los nombres de los dependientes:

Persona 2: Nombre (*primero, segundo, apellido y sufijo*)

Sí esta persona está presentando una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:

Si esta persona va a reclamar dependientes, escriba los nombres de los dependientes:

★ Si alguien será reclamado como dependiente de la declaración de impuestos de otra persona, escriba el nombre del declarante y los dependientes. Responda únicamente si es diferente de lo que ha indicado anteriormente o si no ha rellenado ninguna información anterior.

Nombre del declarante: _____

Nombre de los dependientes: _____



¿Preguntas? Llame [state agency] al 1-800-XXX-XXXX. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.

Estas son las personas en su hogar que reciben Medicaid y necesitan renovarlo ahora

Persona 1

Samantha Roberts

☒ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona. ☐ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona. **Escríbalo en los espacios que se indican a continuación.**

____-____-____

Si esta persona es inmigrante, por su estatus migratorio:

- ☐ Debe rellenar la información que se indica a continuación. ☒ **No** necesita llenar la información a continuación por que [state Medicaid agency] la tiene.
- ☐ Seleccione aquí si esta persona tiene un estatus de inmigración elegible y rellene el tipo de documento: _____ y número de identificación: _____. Vea el accesorio D en la página 13 para más información sobre el estado de inmigración y los tipos de documentos.

☐ Compruebe aquí si esta persona ya no vive en el hogar

Persona 2

Benjamin Roberts

☐ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona. ☒ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona. **Escríbalo en los espacios que se indican a continuación**

____-____-____

Si esta persona es inmigrante, por su estatus migratorio:

- ☐ Debe rellenar la información que se indica a continuación. ☒ **No** necesita llenar la información a continuación por que [state Medicaid agency] la tiene.
- ☐ Seleccione aquí si esta persona tiene un estatus de inmigración elegible y rellene el tipo de documento: _____ y número de identificación: _____. Vea el accesorio D en la página 13 para más información sobre el estado de inmigración y los tipos de documentos.

☐ Compruebe aquí si esta persona ya no vive en el hogar

Persona 3

[Name]

☐ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona ☐ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona. **Escríbalo en los espacios que se indican a continuación**

____-____-____

Si esta persona es inmigrante, por su estatus migratorio:

- ☐ Debe rellenar la información que se indica a continuación. ☐ **No** necesita llenar la información a continuación por que [state Medicaid agency] la tiene.
- ☐ Seleccione aquí si esta persona tiene un estatus de inmigración elegible y rellene el tipo de documento: _____ y número de identificación: _____. Vea el accesorio D en la página 13 para más información sobre el estado de inmigración y los tipos de documentos.

☐ Compruebe aquí si esta persona ya no vive en el hogar

Persona 4

[Name]

☐ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona ☐ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona. **Escríbalo en los espacios que se indican a continuación**

____-____-____

Si esta persona es inmigrante, por su estatus migratorio:

- ☐ Debe rellenar la información que se indica a continuación. ☐ **No** necesita llenar la información a continuación por que [state Medicaid agency] la tiene.
- ☐ Seleccione aquí si esta persona tiene un estatus de inmigración elegible y rellene el tipo de documento: _____ y número de identificación: _____. Vea el accesorio D en la página 13 para más información sobre el estado de inmigración y los tipos de documentos.

☐ Compruebe aquí si esta persona ya no vive en el hogar

Persona 5

[Name]

☐ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona ☐ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona. **Escríbalo en los espacios que se indican a continuación**

____-____-____

Si esta persona es inmigrante, por su estatus migratorio:

- ☐ Debe rellenar la información que se indica a continuación. ☐ **No** necesita llenar la información a continuación por que [state Medicaid agency] la tiene. Seleccione aquí si esta persona tiene un estatus de inmigración elegible y rellene el tipo de documento _____ y número de identificación: _____. Vea el accesorio D en la página 13 para más información sobre el estado de inmigración y los tipos de documentos.

☐ Compruebe aquí si esta persona ya no vive en el hogar



¿Preguntas? Llame [state agency] al 1-800-XXX-XXXX. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.

Necesitamos más información sobre las personas no incluidas en la sección 3 (página 3)

► Cuéntenos sobre cualquier otra persona de su hogar o en su declaración de impuestos.

Otra persona: Ernie Roberts

- ☒ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona.
☐ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona.
Escríbalo aquí si esta persona solicita cobertura de seguro médico:

 Esta persona puede optar por no dar el número de Seguro Social si él o ella no está solicitando, pero nos ayuda a tenerlo.

☐ Presione aquí si esta persona ya no vive en el hogar.

Fecha de nacimiento (mes/día/año): 9/15/1973

Esta persona es: ☒ hombre ☐ mujer

¿Cómo está relacionada esta persona con usted?

- ☐ Presione aquí si esta persona **tiene** Medicaid.
☐ Presione aquí si esta persona **no** tiene Medicaid y quiere cobertura de seguro médico, y complete el accesorio A en la página 10.

Otra persona: Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

- ☐ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona.
☒ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona.
Escríbalo aquí si esta persona solicita cobertura de seguro médico:

 Esta persona puede optar por no dar el número de Seguro Social si él o ella no está solicitando, pero nos ayuda a tenerlo.

☐ Presione aquí si esta persona ya no vive en el hogar.

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Esta persona es: ☐ hombre ☐ mujer

¿Cómo está relacionada esta persona con usted?

- ☐ Presione aquí si esta persona **tiene** Medicaid.
☐ Presione aquí si esta persona **no** tiene Medicaid y quiere cobertura de seguro médico, y complete el accesorio A en la página 10.

Otra persona: Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

- ☐ La [state agency name] **tiene** el número de seguro social de esta persona.
☒ La [state agency name] **no** tiene el número de seguro social de esta persona.
Escríbalo aquí si esta persona solicita cobertura de seguro médico:

 Esta persona puede optar por no dar el número de Seguro Social si él o ella no está solicitando, pero nos ayuda a tenerlo.

☐ Presione aquí si esta persona ya no vive en el hogar.

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Esta persona es: ☐ hombre ☐ mujer

¿Cómo está relacionada esta persona con usted?

- ☐ Presione aquí si esta persona **tiene** Medicaid.
☐ Presione aquí si esta persona **no** tiene Medicaid y quiere cobertura de seguro médico, y complete el accesorio A en la página 10.

5 Cuéntenos sobre otras coberturas de seguro médico que las personas tienen

► Incluya a cualquier persona en las secciones 3 y 4 con Medicaid y cualquier persona que esté solicitando cobertura de seguro médico.

Nombre de la compañía de seguros:

Número de póliza:

Tipo de seguro: ☐ Medicare ☐ Tricare ☐ Cobertura médica de veteranos ☐ Otro seguro

Lista de todos los que están en esta póliza:

Nombre de la compañía de seguros:

Número de póliza:

Tipo de seguro: ☐ Medicare ☐ Tricare ☐ Cobertura médica de veteranos ☐ Otro seguro

Lista de todos los que están en esta póliza:

► ☐ Presione aquí si a alguien en este formulario se le ofrece un seguro de salud a través de un empleo, incluso si no están inscritos en él. ☐ Presione aquí si alguno de los planes de seguro que usted enumeró es un plan de beneficios para empleados del estado.



Cuéntenos más acerca las personas listadas en este formulario

- Si alguien que está renovando o solicitando la cobertura del seguro de salud tiene una condición mental o de uso de sustancias que limita su capacidad para trabajar, ir a la escuela o cuidar las actividades diarias (como bañarse o vestirse), escriba su nombre aquí

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

- Si alguien que está renovando o solicitando cobertura de seguro médico vive en un centro de atención a largo hogar grupal o casa de ancianos, o recibe regularmente atención médica, cuidado personal o servicios de salud en el hogar u otro entorno comunitario (como centro de cuidado para adulto), escriba su nombre aquí.

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

- Si alguien que está renovando o solicitando la cobertura del seguro de salud es ciego o enfermo escriba su nombre aquí.

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

- Si alguien que está renovando o solicitando cobertura de seguro médico tiene entre 18 y 22 años y también un estudiante de tiempo completo, escriba su nombre aquí.

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

- Si alguien que está renovando o solicitando cobertura de seguro médico tiene entre 18 y 26 años y estuvo un hogar de guarda a los 18, escriba su nombre aquí.

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

- Si alguien que aparece en este formulario (ya sea, renovando o solicitando la cobertura del seguro de salud o no) está embarazada, escriba su información a continuación.

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

¿Cuántos bebés se esperan?

Nombre (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

¿Cuántos bebés se esperan?

- ☐ Presione aquí si alguien que está renovando o solicitando cobertura de seguro médico es un indígena norteamericano o nativo de Alaska, y complete el Accesorio B en la página 11.



- Complete la información a continuación para todos los miembros de su hogar o en su declaración de impuestos que tengan ingresos por un trabajo (**no** autoempleo) ya sea que estén renovando o solicitando cobertura. Si alguien tiene más de un trabajo, cuéntenos sobre **todos los trabajos**. Puede decirnos sobre el autoempleo en la siguiente página. Haga una copia de esta página si necesita espacio para más trabajos o personas. Tachar cualquier información que **no sea correcta** sobre los miembros de su familia. Escriba cualquier nueva información.

Trabajo 1: Nombre de la persona que está trabajando (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*): Ernie Roberts

Nombre del **empleador**:

Joe's Body Shop

Número telefónico del **empleador** :

123-456-7890

Dirección del **empleador**:

123 Main St, Anywhere, ST 01234

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Con qué frecuencia se pagan los salarios? ☐ Por hora

☐ Por quincena

☐ Mensual

☐

Semanal

☒ Dos veces al mes

☐ Anual

¿Cuánto se le paga a esta persona (antes de impuestos)? \$ 417

Promedio de horas trabajadas por semana:

Trabajo 2: Nombre de la persona que está trabajando (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre del **empleador**:

Número telefónico del **empleador** :

Dirección del **empleador**:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Con qué frecuencia se pagan los salarios o las propinas? ☐ Por hora ☐ Quincenal ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente

¿Cuánto se le paga a esta persona (antes de impuestos)? \$

Promedio de horas trabajadas por semana:

Trabajo 3: Nombre de la persona que está trabajando (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre del **empleador**:

Número telefónico del **empleador** :

Dirección del **empleador**:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Cuánto se le paga a esta persona (antes de impuestos)? \$

Promedio de horas trabajadas por semana:

Trabajo 4: Nombre de la persona que está trabajando (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre del **empleador**:

Número telefónico del **empleador** :

Dirección del **empleador**:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Con qué frecuencia se pagan los salarios o las propinas? ☐ Por hora ☐ Quincenal ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente

¿Cuánto se le paga a esta persona (antes de impuestos)? \$

Promedio de horas trabajadas por semana:

Trabajo 5: Nombre de la persona que está trabajando (primero, *segundo*, *apellido* y *sufijo*):

Nombre del **empleador**:

Número telefónico del **empleador** :

Dirección del **empleador**:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Con qué frecuencia se pagan los salarios o las propinas? ☐ Por hora ☐ Quincenal ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Dos veces por mes ☐ Anualmente

¿Cuánto se le paga a esta persona (antes de impuestos)? \$

Promedio de horas trabajadas por semana:

Sección 7 continuación en la página siguiente ►►►



¿Preguntas? Llame [state agency] al 1-800-XXX-XXXX. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.

Cuéntanos sobre el trabajo (continuación)

► Enumere a cualquier persona de su familia que haya **cambiado empleos** o haya **trabajado menos horas en** los últimos cuatro meses.

1. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

☐ Esta persona dejó de trabajar

☐ Esta persona trabaja menos horas ahora

☐ Esta persona cambió de empleo

2. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

☐ Esta persona dejó de trabajar

☐ Esta persona trabaja menos horas ahora

☐ Esta persona cambió de empleo

► Si alguien en su hogar es **trabajador independiente**, necesitamos saber sobre su trabajo. Vea las instrucciones para más información sobre deducciones

1. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

Tipo de trabajo:

¿Cuánto ingreso neto obtendrá esta persona de su trabajo independiente este mes? Importe: \$

2. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

Tipo de trabajo:

¿Cuánto ingreso neto obtendrá esta persona de su trabajo independiente este mes? Importe: \$

► Reste los gastos de su ingreso bruto para obtener una cantidad para su ingreso neto por el trabajo autónomo.

- Gastos de automóviles y camiones (para viajes durante el día laboral, no para desplazamientos)
- Amortización
- Salarios y prestaciones de los trabajadores
- Seguro de bienes, responsabilidad o interrupción del negocio
- Intereses (incluidos los intereses hipotecarios pagados a bancos, etc.)
- Servicios jurídicos y profesionales
- Alquiler o arrendamiento de bienes y servicios comerciales
- Comisiones, impuestos, licencias y tarifas

Seguro social

- Publicidad
- Contrato de trabajo Reparaciones y mantenimiento
- Viajes de negocios y comidas
- Impuestos deducibles sobre el trabajo independiente
- Costos del seguro de enfermedad para trabajadores independientes
- Contribuciones a un plan de jubilación por cuenta propia SEP, SIMPLE o calificada

Cuéntenos sobre otros ingresos

► Tache cualquier información que no sea correcta sobre los miembros de su familia. Escribir en cualquier nueva información.

Desempleo	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo): Samantha Roberts	\$ 70	☒ Semanal ☐ Mensual ☐ Cada quincena ☐ Dos veces al mes ☐ Anual ☐ Otros _____
Seguro social	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Cada quincena ☐ Dos veces al mes ☐ Anual ☐ Otros _____
Pensiones	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Cada quincena ☐ Dos veces al mes ☐ Anual ☐ Otros _____
Cuenta de retiro		
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Cada quincena ☐ Dos veces al mes ☐ Anual ☐ Otros _____

Sección 8 continuación en la página siguiente ►►►



¿Preguntas? Llame [state agency] al 1-800-XXX-XXXX. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.

► Tache cualquier información que **no sea correcta** sobre los miembros de su familia. Escriba en cualquier información nueva.

Pensión alimenticia recibida	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____
Agricultura o pesca (beneficios después de los gastos comerciales)	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____
Ingresos por alquiler o regalías (beneficios después de gastos comerciales)	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____
Otro tipo de ingresos: _____	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____
Otro tipo de ingresos: _____	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____

► Si alguien en su hogar tiene **deducciones**, díganos de qué tipo

Pensión alimenticia pagada a otra persona	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____
Intereses pagados por préstamos de estudiantes	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____
Otras deducciones	¿Cuánto?	¿con qué frecuencia?
Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):	\$	☐ Semanal ☐ Cada quincena ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Otros _____

► Registre los nombres de cualquier persona cuyos ingresos **cambien** de mes a mes. También nos diga cuánto cree que será su ingreso para el año. Haga una copia de esta página si necesita espacio para más personas.

1. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

¿Qué ingresos espera que obtenga este año? Monto: \$

☐ Presione aquí si no sabes lo que el ingreso será este año.

2. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

¿Qué ingresos espera que obtenga este año? Monto: \$

☐ Presione aquí si no sabes lo que el ingreso será este año.

3. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

¿Qué ingresos espera que obtenga este año? Monto: \$

☐ Presione aquí si no sabes lo que el ingreso será este año.



Renovación de la cobertura en años futuros

► Lea la siguiente declaración y marque una casilla.

Para facilitar la verificación de mis ingresos en el momento de renovación, doy permiso a la [state agency] para usar información sobre los ingresos de mis declaraciones de impuestos por el número de años que marqué a continuación.

Entiendo que la [state agency] me enviará una carta con la información de ingreso que tengan. Podré realizar cambios en ella.

También puedo cambiar de opinión y no autorizar que la [state agency] verifique esta información.

Si, doy permiso para comprobar mis ingresos en las declaraciones de impuestos para (marque una casilla):

☐ 5 años (el plazo más largo) ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No, no doy permiso para el uso de mis declaraciones de impuestos

Sus derechos y responsabilidades

- Firmo este formulario de renovación bajo pena de perjurio. Esto significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender, y sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o incorrecta.
- Sé que debo informar a la [state agency] si algo cambia y es distinto a lo que escribí en este formulario. Puedo llamar a XXX-XXX-XXXX o visitar [web address] para informar de cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información puede afectar si alguien de mi hogar califica para la cobertura.
- Sé que, bajo la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando hhs.gov/ocr/office/file.
- Sí pienso que la [state agency] ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar informar a la [state agency] que pienso que la acción es incorrecta, y pedir una revisión justa de la acción. Sé que puedo encontrar la forma de apelar poniéndome en contacto con la [state agency] al XXX-XXX-XXXX. Alguien de la [state agency] me explicará cualquier cosa sobre esta aplicación si lo necesito
- Entiendo que, si no califico para Medicaid, la [state agency] comprobará si califico para otros tipos de cobertura de salud. La [State agency] podrá enviar mi información a otro programa para que puedan ver si califico. La [State agency] verificará mis respuestas utilizando información de fuentes de la base de datos informáticos, incluyendo el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y otros. Si la información no coincide, la [state agency] podrá pedirme que envíe más información.
- Entiendo que, después de mi muerte, la [state agency] puede presentar una reclamación contra mi patrimonio para recuperar el dinero que el estado pagó por la cobertura que me proporcionó. Este proceso debe ocurrir si estoy en una institución médica y no se espera que regrese a casa, o si tengo 55 años o más y el estado paga por los servicios de mi centro de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, o servicios relacionados con el hospital y medicamentos recetados. La cantidad recuperada por la [state agency] no será mayor que la cantidad pagada por Medicaid para mi cuidado.
- Entiendo que cuando envío este formulario, significa que tengo permiso de todos aquellos cuya información está en el formulario para enviar su información a la [state agency] y recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.
- Entiendo que la [state agency] está autorizado para recopilar información en este formulario, y otra información de apoyo, incluyendo números de Seguro Social, bajo la Ley de Protección de Paciente y Atención Accesible (Ley Pública número 111-148) en su forma enmendada por la ley de Reconciliación en Educación de Atención Médica de 2010 (Ley Pública 111-152) y la Ley de Seguro Social.

► Firme y ponga la fecha a continuación. Si desea un representante autorizado o desea cambiar el representante autorizado que tiene ahora, complete el accesorio C en la página 12.

☐ Marque aquí si usted es un representante autorizado. Firme a continuación y complete el accesorio C en la página 12.

Firma del contacto o representante autorizado del hogar:

Fecha:

Accesorio A

Las personas que solicitan Medicaid por primera vez

Para las personas listadas en la sección 4, página 4

Cuéntenos sobre cualquier persona de su familia que quiera solicitar Medicaid. **No responda** estas preguntas para las **personas que ya tienen Medicaid**. Si más de dos personas están aplicando, haga una copia de esta página

Nombre de la persona que solicita:

Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo)

► Cuéntenos sobre la ciudadanía

¿Es esta persona un ciudadano de EE. UU. ¿O un nacional de EE.UU.? ☐ Si, **Sí contestó Sí**, vaya a "Cuéntenos más información sobre esta persona"
☐ No, **Sí contestó no**, responda todas las preguntas que se presentan a continuación.

☐ Marque aquí si esta persona tiene el estatus de inmigración elegible y rellene el tipo de documento: _____ y número de identificación: _____. Ver Accesorio D en la página 13 para obtener más información sobre el estatus de inmigración elegible y los tipos de documentos.

☐ Marque aquí si esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996.

☐ Marque aquí si esta persona, su cónyuge o un padre es un veterano o un miembro activo del servicio militar de EE. UU.

► Cuéntenos más información sobre esta persona

☐ Marque aquí, si esta persona vive con al menos un hijo menor de 19 años y es la principal persona que cuida de este niño.

☐ Marque aquí, si la persona tiene 18 años o menos y un progenitor vive fuera del hogar.

☐ Marque aquí, si esta persona quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses.

► Cuéntenos sobre la raza y el origen étnico. Puede elegir no responder a estas preguntas.

Si esta persona es hispana/latina, marque todo lo que se aplica:

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

¿Cuál es la raza de esta persona?

☐ Anglosajón/Blanco
☐ Negro o afroamericano
☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska

Comprobar todo lo que se aplica

☐ Indios asiáticos
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japones

☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro asiático
☐ Indígenas de Hawái

☐ Guameña o Chamorro
☐ Samoano
☐ Otros isleños del Pacífico
☐ Otro _____

Nombre de la persona que solicita:

Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo)

► Cuéntenos sobre la ciudadanía

¿Es esta persona un ciudadano de EE. UU. ¿O un nacional de EE. UU.? ☐ Si, **Sí contestó Sí**, vaya a "Cuéntenos más información sobre esta persona"

☐ No, **Sí contestó no**, responda todas las preguntas que se presentan a continuación.

☐ Marque aquí si esta persona tiene el estatus de inmigración elegible y rellene el tipo de documento: _____ y número de identificación: _____. Ver Accesorio D en la página 13 para obtener más información sobre el estatus de inmigración elegible y los tipos de documentos

☐ Marque aquí, si esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996

☐ Marque aquí, si esta persona, su cónyuge o un padre es un veterano o un miembro activo del servicio militar de EE. UU.

► Cuéntenos más información sobre esta persona

☐ Marque aquí, si esta persona vive con al menos un hijo menor de 19 años y es la principal persona que cuida de este niño. Marque aquí, si la persona

☐ Tiene 18 años o menos y un progenitor vive fuera del hogar.

☐ Marque aquí, si esta persona quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses.



¿Preguntas? Llame [state agency] al **1-800-XXX-XXXX**. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.

► Cuéntanos sobre la raza y el origen étnico. Puede elegir no responder a estas preguntas.

Si esta persona es hispana/latina, marque todo lo que se aplica:

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

¿Cuál es la raza de esta persona?

- ☐ Anglosajón/Blanco
☐ Negro o afroamericano
☐ Indígena norteamericano o nativo de Alaska

Comprobar todo lo que se aplica

- ☐ Indios asiáticos
☐ Chino ☐ Coreano
☐ Filipino ☐ Vietnamita
☐ Japones ☐ Otro asiático
☐ Indígenas de Hawái

- ☐ Guameña o Chamorro
☐ Samoano
☐ Otros isleños del Pacífico
☐ Otro _____

★ Si alguien que solicita Medicaid tiene facturas médicas de los últimos tres meses, envíe las facturas médicas a <Billing Office>, [Medicaid Agency], [100 State Street], [Anycity, State]. Medicaid puede pagar facturas pasadas, incluso si usted ya las pagó.

Accesorio B

Miembro de familia indígena norteamericana o nativa de Alaska (AI/AN) Para ayudarle a rellenar la sección 6, página 5

Cuéntenos sobre su miembro(s) de familia indígena o nativo de Alaska

Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas de salud urbana. Puede que no tengan que pagar copagos y pueden tener períodos especiales de inscripción mensual. Si más de dos personas son indígenas americanos o nativos de Alaska, haga una copia de esta página.

1. Nombre (primero, segundo, apellido & sufijo):

¿Ha recibido alguna vez esta persona un servicio del Servicio de Salud de los Indígenas, un programa de salud tribal o un programa de salud urbana de los Indígenas?

☐ Sí ☐ No

Si contestó no, ¿Esta persona reúne las condiciones para recibir estos servicios?

☐ Sí ☐ No

Liste cualquier ingreso que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos de una tribu por recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de propiedad de terrenos designados como tierras en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas)
- Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

¿Cuánto ingreso? \$

¿Con qué frecuencia?

- ☐ Semanal ☐ Dos veces al mes
☐ Cada quincena ☐ Anual
☐ Mensual

2. Nombre (primero, segundo, apellido y sufijo):

¿Ha recibido alguna vez esta persona un servicio del Servicio de Salud de los Indígenas, un programa de salud tribal o un programa de salud urbana de los Indígenas?

☐ Sí ☐ No

Si contestó no, ¿Esta persona reúne las condiciones para recibir estos servicios?

☐ Sí ☐ No

Liste cualquier ingreso que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos de una tribu por recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de propiedad de terrenos designados como tierras en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas)
- Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

¿Cuánto ingreso? \$

¿Con qué frecuencia?

- ☐ Semanal ☐ Dos veces al mes
☐ Cada quincena ☐ Anual
☐ Mensual



¿Preguntas? Llame [state agency] al 1-800-XXX-XXXX. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.

Accesorio C

Asistencia para completar esta solicitud

Un representante autorizado es un amigo, socio o abogado de confianza que usted elige para firmar su formulario de renovación, obtenga información sobre este formulario de renovación y actúe por usted con esta agencia.

► Si tiene un representante autorizado ahora, responda a estas preguntas.

Mostramos que usted eligió a esta persona como su representante autorizado:

No aplicable

¿Todavía quiere que esta persona sea su representante autorizado?

☐ Sí ☐ No

Sí contesto sí, ¿Ha cambiado alguna de sus informaciones?

☐ Sí ☐ No

Si la información de su representante autorizado **ha cambiado**, o si desea un representante autorizado **diferente**, por favor escriba la información nueva aquí:

Nombre del representante autorizado:

Dirección:

Apartamento #

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico: ☐ Hogar ☐ teléfono móvil ☐ trabajo ☐ Otro número:

Al firmar, usted permite que esta persona firme su formulario de renovación, obtenga información sobre este formulario de renovación y actúe por usted con esta agencia.

Su firma:

Fecha:

► Si no tiene un representante autorizado y desea uno, responda a estas preguntas.

☐ Marque aquí si desea un representante autorizado. Responda a las preguntas que se indican a continuación.

Nombre del representante autorizado:

Dirección: Apartamento #

Ciudad

Estado

Código postal:

Número telefónico: ☐ Hogar ☐ Teléfono móvil ☐ Trabajo ☐ Otro número:

Al firmar, usted permite que esta persona firme su formulario de renovación, obtenga información sobre este formulario de renovación y actúe por usted con esta agencia

Firma del contacto o representante autorizado del hogar:

Fecha:



¿Preguntas? Llame [state agency] al **1-800-XXX-XXXX**. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite **<web address>**.

Accesorio D

Información útil sobre el estado de inmigración y los tipos de documentos, y los gastos de la empresa por autoempleo *Para ayudarle a rellenar la sección 3, página 3*

Lista de estado migratorio elegible

► Si ve el estado de la persona a continuación, vuelva a la sección 3, página 3 y marque la casilla Si.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Residente permanente legal (titular de LPR o Greencard) Asilados Refugiado Cubano o haitiano entrante Libertad condicional en los EE. UU. Con acceso condicional concedida antes de 1980 Cónyuge, hijo y padre maltratados Víctima de la trata y su cónyuge, hijo, hermano o padre/a Se ha concedido la retención de la deportación o la retención del traslado, en virtud de las leyes de inmigración y de la Convención contra la Tortura (CAT) Persona con estatus de no inmigrante (incluye visas de trabajador, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau) Estatus de protección temporal (TPS) y Solicitante de Estatus de protección temporal (TPS) Salida forzosa diferida (DED) Beneficiario de Unidad Familiar Estado de la acción diferida (Acción diferida para la infancia) Las llegadas (DACA) no es un estado de inmigración elegible para solicitar el seguro médico | <ul style="list-style-type: none"> Solicitante de la condición especial de inmigrante juvenil Solicitante de ajuste al estatus de LPR Solicitante de asilo Solicitante de la denegación de deportación o de la denegación de traslado, en virtud de las leyes de inmigración o de la Convención contra la Tortura (CAT) Solicitantes de registro (con autorización de empleo) Orden de supervisión (con autorización para el empleo) Solicitante de la anulación del traslado o suspensión de la deportación (con autorización de empleo EAD) Solicitante de legalización bajo IRCA (Ley de Reforma y Control) (con autorización de empleo) Legalización en virtud de la Ley LIFE (con autorización de empleo) Residente temporal legal Miembro de una tribu indígena reconocida federalmente o indígena norte americano nacido en el Canadá Residente en Samoa Americana Orden administrativa de suspensión de la expulsión dictada por el Departamento de Seguridad Nacional |
|---|---|

Tipos de documentos de inmigración

► Las personas que no son ciudadanos, pero que son elegibles para solicitar cobertura de seguro médico, deben poner sus documentos de inmigración y números de identificación en la sección 3, página 3. A continuación se muestra una lista de documentos y números de identificación. Si su tipo de documento no aparece en la lista, puede escribir su nombre. Si tiene preguntas o es elegible pero no tiene ningún documento, llame a 1-800-XXX-XXXX.

- | | |
|---|---|
| <p>Tarjeta de residente permanente (I-551, también conocida como Green Card)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero Número de tarjeta <p>Sello temporal I-551 (en el pasaporte o I-94, I-94A)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero <p>Visa de inmigrante (con el idioma temporal I-551)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero Número de pasaporte <p>Tarjeta de autorización de empleo (EAD o I-766)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero Número de tarjeta Fecha de vencimiento Código de categoría <p>Registro de su llegada o salida (I-94 o I-94A)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de I-94 <p>Registro de su llegada o salida en pasaporte extranjero (I-94)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de I-94 Número de pasaporte Fecha de vencimiento País de expedición <p>Pasaporte extranjero</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de pasaporte Fecha de vencimiento <p>País de expedición Permiso de reingreso (I-327)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero | <p>Documento de viaje para refugiados (I-571)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero <p>Certificado de Elegibilidad para Estatus de No Inmigrante Estudiante (F-1) estudiante (I-20)</p> <ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero o número de I-94 Descripción del tipo o nombre del documento <p>Certificado de elegibilidad para el visitante de intercambio (J-1) Estatus (DS2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación SEVIS (Programa de estudiante y de intercambio) Aviso de acción (I-797) Número de registro extranjero o un número I-94 Otro Número de registro extranjero o un número I-94 Descripción del tipo o nombre de los documentos <p>También puede listar estos documentos o estados</p> <ul style="list-style-type: none"> Documento que indica un miembro de una tribu indígena reconocida federalmente o un indígena norteamericano nacido en Canadá Este es considerado un estatus de inmigración elegible para Medicaid, pero no para un plan de salud calificado [QHP] Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18 años) Documento que indica la denegación de la expulsión Orden administrativa de suspensión expedida por el Departamento de Seguridad Interior (DHS) Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) Entrante cubano/haitiano Residente en Samoa Americana |
|---|---|



¿Preguntas? Llame [state agency] al **1-800-XXX-XXXX**. La llamada es gratuita. (TTY: 1-888-XXX-XXXX). Puede llamar [days and hours of operation]. O visite <web address>.