



PASO 2: Persona Adicional

Nombre del PASO 1 _____

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. ¿Es esta PERSONA? 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? _____

5. Número de Seguro Social (SSN) - -

Necesitamos esto si usted desea cobertura de salud para esta PERSONA y dicha persona tiene número de Seguro Social.

6. ¿Esta PERSONA vive en la misma dirección que usted? Sí No **De NO ser así, indique la dirección:** _____

7. **¿Piensa esta PERSONA presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted todavía puede solicitar seguro médico incluso si esta PERSONA no presenta declaración de impuestos federales).

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

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

SÍ. Nombre del esposo/a: _____

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

SÍ. Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será esta PERSONA reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

SÍ. Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de esta PERSONA con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está esta PERSONA embarazada? O estaba embarazada en los últimos 60 días? Sí No

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

9. **¿Necesita esta PERSONA cobertura médica? (Incluso si esta PERSONA 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 siguiente página y deje el resto de esta página en blanco.**

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo.



9a. Si tiene entre 19 y 64 años y no es elegible para una cobertura completa, desea esta persona ser evaluada para Plan First (solo cobertura de planificación familiar)? Sí No Esta PERSONA será evaluada para el Plan First a menos que marque NO

10. ¿Necesita esta PERSONA ayuda con sus tareas diarias como bañarse, vestirse, caminar o usar el baño para vivir de manera segura en su hogar? 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? Sí No Si Esta PERSONA tiene 65 años de edad o mayor de 65 años y tiene Medicare, complete el Apéndice D.

10a. Si esta PERSONA 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, complete el Apéndice F.

11. ¿Es esta PERSONA ciudadana o nacional de los EE.UU.? Sí No

12. **Si esta PERSONA no es ciudadana o nacional de los EE.UU.**, tiene una estado de 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 esta PERSONA en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Esta PERSONA, o su esposo/a o padres es un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

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

13. ¿Esta Persona vive con al menos un hijo menor de 19 años y la persona principal que cuida a este menor?

14. ¿Esta PERSONA estuvo en hogar de acogida a los 18 años o más edad? Sí No En **caso** afirmativo, en que estado _____

15. ¿Está esta PERSONA en la cárcel (detenida o encarcelada)? Sí No En **caso** afirmativo, Federal Estatal (DOC o DJJ) Local/regional Marque aquí si la disposición de cargos está pendiente

Fecha de encarcelamiento / / Fecha prevista de liberación / /

16. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

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

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

18. **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 Adicional

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 patrón		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado □□	d. Código postal □□□□□□	20. Número de teléfono del patrón (□□□□) □□□□ - □□□□□□
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 esta PERSONA tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

23. Nombre del patrón		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado □□	d. Código postal □□□□□□	20. Número de teléfono del patrón (□□□□) □□□□ - □□□□□□
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, esta PERSONA:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

28. **Si esta PERSONA 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 esta PERSONA 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 esta PERSONA que la reciben. **NOTA:** No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

Si no los recibe, marque aquí

Desempleo \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Seguro Social \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Cuentas de retiro \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Neto por actividades agrícolas/pesca \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Neto por rentas/regalías \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Otros ingresos Tipo _____ \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

30. ¿Esta PERSONA 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 esta PERSONA 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).

Pensión alimenticia pagada \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

Otras deducciones Tipo: _____

Intereses por préstamo estudiantil \$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

\$ □□□□□ □Con qué frecuencia? _____

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

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

Ingreso total de esta PERSONA este año \$ □□□□□□

Ingresos total de esta PERSONA para el próximo año (si considera que sería diferente) \$ □□□□□□

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

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.