

PASO 2: PERSONA ADICIONAL

Nombre del Paso 1:

Complete el Paso 2 para usted mismo, su esposo/a y los hijos (incluidos los hijastros) 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. ¿La PERSONA esta? Casada/o	Nunca se casó
2. Fecha de nacimiento _____		3. Sexo	Hombre	Mujer	4. ¿Cuál es la relación con usted? _____

5. Número de Seguro Social (SSN) _____

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

6. ¿La PERSONA vive en la misma dirección que usted? Sí No

De NO ser así, indique la dirección: _____

7. **¿Piensa la PERSONA presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

(Usted todavía puede solicitar seguro médico incluso si la PERSONA no presenta declaración de impuestos federales.)

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

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

SÍ. Nombre del esposo/a: _____

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

SÍ. Indique los nombres de los dependientes: _____


c. ¿Será la PERSONA reclamada 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 la relación de la PERSONA con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿La PERSONA está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí No

a. En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan/esperaban durante el embarazo? ____ Fecha estimada/actual del parto (mm/dd/aa) _____

9. **¿Necesita la PERSONA cobertura médica?** (Incluso si la PERSONA tiene 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 2 y deje el resto de esta página en blanco. 

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo. 

9a. Si la PERSONA tiene entre 19 y 64 años y no es elegible para la cobertura total, ¿la PERSONA quiere ser evaluada para Plan First (solo cobertura de planificación familiar?) Sí No La PERSONA 2 NO será evaluada para Plan First a menos que marque SÍ.

10. ¿Necesita la PERSONA ayuda con sus tareas diarias, como bañarse, vestirse, caminar, o usar el baño para vivir de manera segura en su hogar?

Les ha dicho un médico o enfermera que tiene una incapacidad física o una enfermedad a largo plazo, una enfermedad mental o emocional o un problema de adicción? Sí No Si la PERSONA tiene 65 años de edad tiene Medicare, por favor llene el apéndice D.

10a. Si la PERSONA respondió que sí a la pregunta 10 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 ciudadana o nacional de los EE.UU.? Sí No

12. ¿La PERSONA es un ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)

SÍ. En caso afirmativo, complete a y b abajo. Luego PASE a la pregunta 14. **NO.** En caso negativo, continúe con la pregunta 13.

a. Número extranjero (Alien number): _____ b. Número certificado: _____

13. ¿Si la PERSONA no es ciudadano o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus 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. ¿La PERSONA ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿La PERSONA, su cónyuge o sus padres está (n) sirviendo en el ejército de los EE. UU. actualmente o han servido en el pasado? Sí No

14. ¿La PERSONA vive con al menos un hijo menor de 19 años y la persona principal que cuida a este menor? Sí No

15. ¿Está la PERSONA en la cárcel (detenida o encarcelada)? (Respuesta opcional) Sí No

En caso afirmativo, Federal Estatal (DOC or DJJ) Local/Regional Marque aquí si la disposición de cargos está pendiente

Fecha de encarcelamiento (mm/dd/aaaa) _____ Fecha prevista de liberación (mm/dd/aaaa) _____

16. ¿Es la PERSONA estudiante del tiempo completo? Sí No

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

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

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

19. 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 _____

PASO 2: PERSONA ADICIONAL (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si la Persona está empleada actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20

Sin empleo

Vaya a la pregunta 30.

Por cuenta propia

Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre del empleador		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	21. Número de teléfono del empleador
22. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____	Por hora Dos veces al mes	Semanalmente Mensualmente	Cada 2 semanas Anualmente
			23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

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

24. Nombre del empleador		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	25. Número de teléfono del empleador
26. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____	Por hora Dos veces al mes	Semanalmente Mensualmente	Cada 2 semanas Anualmente
			27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____
28. En el último año, la PERSONA	Cambió de trabajos	Dejó de trabajar	Comenzó a trabajar menos horas
			Ninguno de estos

29. Si la PERSONA 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 la PERSONA recibirá por este trabajo autónomo este mes? \$ _____

30. OTROS INGRESOS DE ESTEMES: Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA que la recibe. 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? _____	Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

31. ¿La 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. \$ _____ \$ _____ \$ _____

32. DEDUCCIONES: Marque todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia que la reciben. Si la 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 29b).

Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Otras deducciones	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____				

33. INGRESO ANUAL: Completar solamente si el ingreso de la PERSONA cambia de mes a mes. Si no espera cambios que se produzcan cambios de los ingresos mensuales de la PERSONA, agregue a otro persona o pase a la proxima.



a. Ingreso total de la PERSONA este año \$ _____	b. Ingresos total de la PERSONA para el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____
--	--

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



¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al 1-855-242-8282 e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita.