Solicitud de asistencia médica

Florida KidCare

Form Approved
DCF No. CF-ES 2370, Sep 2015 [65A-1.205, F.A.C.]

LO QUE LE CONVIENE

Esta solicitud le permite acceder a las diferentes coberturas disponibles

- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del programa del seguro médico infantil CHIP (Children's Health Insurance Program).
- Planes económicos de seguro médico privado con cobertura integral y de medicina preventiva.
- Una nueva bonificación fiscal con la que puede pagar de inmediato las primas del seguro médico.

¿Quién puede llenar esta solicitud?

- Llene esta solicitud para beneficiar a cualquier miembro de su familia.
- Llénela aún si usted o su hijo ya tienen cobertura médica, pues podría recibir cobertura gratuita o de bajo costo.
- Si es soltero, puede llenar un formulario abreviado.
- Visit HealthCare.gov.
- Las familias con inmigrantes pueden llenar la solicitud. Puede llenar la solicitud por su hijo aún si usted mismo no tiene derecho a la cobertura. La solicitud no afectará su condición de inmigrante ni la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Será necesario llenar el apéndice C si otra persona le ayuda a llenar esta solicitud.

Razones para pedirle estos datos

Preguntamos sobre sus ingresos y otros datos para determinar la cobertura que puede recibir y para informarle si puede pagarla con asistencia financiera. **Mantendremos todos los datos en reserva y con seguridad, como lo exige la ley.**

Llene una solicitud en Internet y espere menos

Lleva menos tiempo llenar una solicitud en **www.floridakidcare.org .**

¿Qué necesita para llenar la solicitud?

- Números de Seguridad Social o los números de documento en el caso de inmigrantes legales que necesiten seguro.
- La información del empleador y de los ingresos de cada miembro de su familia proveniente de recibos de sueldo, formularios W-2 y declaraciones salariales o impositivas.
- Números de las pólizas de seguro médico vigentes.
- Información sobre seguros médicos que su familia recibe de un empleador.
- Si le pedimos documentos, envíe las copias, no los originales.

¿Qué pasa después?

Envíe la solicitud completa y firmada a la dirección indicada en la página 7.
Firme la solicitud y envíela igual si no tiene todos los datos solicitados. Recibirá instrucciones para cumplir los pasos siguientes y obtener la cobertura médica. Si no recibe noticias nuestras, visite **www.floridakidcare.org** o llame al **1-888-540-5437**. Con llenar esta solicitud, usted no se compromete a comprar cobertura médica.

Obtenga ayuda para completar esta solicitud

- **En Internet: www.floridakidcare.org**
- **Por teléfono:** Llame al centro de llamadas al **1-888-540-5437**.
- **Personalmente:** Si hay socios comunitarios cercanos, ellos pueden ayudarle.
- Visite nuestro sitio web o llame al **1-888-540-5437** para obtener información adicional.

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite **www.floridakidcare.org** o llámeno al **1-888-540-5437**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-888-540-5437**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-888-540-5437** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-955-8771**

PASO 1 Incluya sus datos personales.

(Necesitamos que un adulto de su familia sea el contacto indicado en la solicitud.)

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Fecha de nacimiento (en formato mm/dd/aaaa)

3. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

4. Número de Seguridad Social (SSN) ___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ Caso contrario, fecha de solicitud de un SSN (mm/dd/yyyy) _____

Necesitamos este dato si usted quiere cobertura médica y tiene un SSN. Incluya su SSN aun si no quiere cobertura médica, pues puede acelerar el trámite de la solicitud. Se usa el SSN para verificar los ingresos y otros datos para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en el pago de gastos de cobertura médica. Si desea saber cómo obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

5. Dirección (deje este espacio en blanco si no tiene una)

6. Número de apartamento

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. Condado

11. Dirección postal (si es distinta del domicilio particular)

12. Número de apartamento

13. Ciudad

14. Estado

15. Código postal

16. Condado

17. Teléfono de casa
( ) –

18. Teléfono celular
( ) –

19. Dirección electrónica: _____

¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? ☐ Si ☐ No

20. Si no habla ni escribe inglés, ¿qué idioma prefiere hablar o escribir?

21. **¿Planea presentar una declaración federal de impuestos el año que viene?** *(Puede llenar la solicitud de seguro médico aún si no va a presentar una declaración federal de impuestos.)*

☐ **SI. En caso afirmativo,** conteste las preguntas a-c. ☐ **NO. En caso negativo,** pase a la pregunta c.

a. ¿Presentará la declaración de impuestos conjuntamente con su cónyuge? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Planea incluir personas a cargo en su declaración de impuestos? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, nómbrelas a continuación: _____

c. ¿Aparecerá usted como persona a cargo en la declaración de impuestos de otro? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, nombre al declarante de impuestos: _____

Indique su parentesco con el declarante de impuestos: _____

22. ¿Está embarazada? ☐ Si ☐ No a. **En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés espera tener con esta gestación? _____

23. **¿Necesita cobertura médica?**
Aún si tiene seguro médico, quizás tengamos un programa con mejor cobertura o de menores costos

☐ **SI. En caso afirmativo**, responda a todas las preguntas siguientes. ☐ **NO. En caso negativo,** pase a las preguntas sobre ingresos en la página 2. Deje en blanco el resto de esta página.

24. ¿Sufre enfermedades físicas, psiquiátricas o psicológicas que limitan sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer tareas cotidianas) o vive en un establecimiento médico geriátrico? ☐ Si ☐ No

25. ¿Es ciudadano estadounidense o residente legal transitorio o permanente de los EE. UU.? ☐ Si ☐ No

26. **Si usted no es ciudadano ni residente legal transitorio o permanente de los EE. UU.,** ¿posee condición elegible de inmigración?

☐ Si. Indique el tipo de documento y el número de identificación en los espacios siguientes.

a. . Tipo de documento inmigratorio _____ b. Número de documento de identidad _____

c. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996? ☐ Si ☐ No d. Indique si usted o su cónyuge o padre/madre son veteranos militares o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU. ☐ Sí ☐ No

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite **www.floridakidcare.org** o llámeno al **1-888-540-5437**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-888-540-5437**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-888-540-5437** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-955-8771**

PASO 1 (siga con sus datos personales)

27. ¿Quiere recibir asistencia financiera para pagar las cuentas médicas de los últimos tres meses? ☐ Si ☐ No

28. ¿Vive con al menos un menor de 18 años? ¿Es usted la persona principal a cargo de este menor? ☐ Si ☐ No

29. ¿Es usted estudiante de tiempo completo? ☐ Si ☐ No

30. ¿Estaba usted en "foster care" de la Florida cuando tenía 18 o más años de edad? ☐ Si ☐ No

31. **Si es hispano o latino, indique su identidad étnica (marque todas las opciones que correspondan):**
☐ Mexicano ☐ Mexicano-americano ☐ Chicano ☐ Portorriqueño o cubano ☐ Otra opción _____

32. **Raza (marque todas las opciones que correspondan)**

☐ Blanca ☐ Negra o afroamericana	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Chino	☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano	☐ Vietnamita ☐ Otra nacionalidad asiática ☐ Nativo de Hawaii	☐ Guamano o chamorro ☐ Samoano ☐ Otra nacionalidad de las islas del Pacífico ☐ Otra opción _____

Empleo actual y datos salariales

☐ **Empleado** Si tiene trabajo actual, háblenos de sus ingresos. Comience con la pregunta 33.	☐ **Desempleado** Pase a la pregunta 44.	☐ **Empleado autónomo** Pase a la pregunta 43.

EMPLEO ACTUAL 1:

33. Nombre y dirección del empleador

34. Teléfono del empleador
( ) –

35. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) ☐ Por hora ☐ Por semana ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
$ _____

36. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2: (si tiene más empleos y le falta espacio, adjunte otra hoja.)

37. Nombre y dirección del empleador

38. Teléfono del empleador
( ) –

39. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) ☐ Por hora ☐ Por semana ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
$ _____

40. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

41. Si su salario mensual normal es distinto al salario indicado anteriormente, detalle las razones en este espacio.

42. **Indique lo que hizo el año pasado:** ☐ Cambió de trabajo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de estas opciones

43. **Si es empleado autónomo, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo
_____

b. ¿Qué suma en ingresos netos obtendrá como trabajador autónomo este mes? Los ingresos netos son las utilidades luego de deducir los gastos de explotación. **$** _____

44. **OTROS INGRESOS QUE OBTUVO ESTE MES:** Marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia lo obtiene. **NOTA: no necesita** incluir la pensión alimenticia infantil, la pensión de VA (Administración de Veteranos), la indemnización por accidentes de trabajo ni el subsidio federal Supplemental Security Income (SSI).

☐ Ninguno

☐ Desempleo **$** _____ Frecuencia _____
☐ Pensiones **$** _____ Frecuencia _____
☐ Seguridad Social **$** _____ Frecuencia _____
☐ Cuentas de jubilación **$** _____ Frecuencia _____
☐ Pensión alimenticia matrimonial **$** _____ Frecuencia _____

☐ Ingresos netos de granja/pesca **$** _____ Frecuencia _____
☐ Net rental/royalty **$** _____ Frecuencia _____
☐ Other income **$** _____ Frecuencia _____
Tipo: _____

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite **www.floridakidcare.org** o llámeno al **1-888-540-5437**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-888-540-5437**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-888-540-5437** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-955-8771**

PASO 1 (siga con sus datos personales)

45. **DEDUCCIONES:** marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia lo obtiene

Si tiene ciertos gastos que puede deducir en una declaración federal de impuestos, podría costarle menos la cobertura médica si los indica aquí.
Nota: Consulte los gastos que puede incluir aquí en la sección "Adjusted Gross Income" (ingresos brutos ajustados) de IRS.gov.No deberá incluir los gastos que haya considerado en su respuesta a la pregunta 43b sobre los ingresos netos como trabajador autónomo.

☐ Pensión alimenticia matrimonial **$** _____ Frecuencia?_____ ☐ Interés sobre un préstamo estudiantil **$** _____ Frecuencia?_____	☐ Deducciones adicionales: **$** _____ Frecuencia? _____ Tipo: _____

46. **INGRESOS ANUALES:** **llene estos espacios solamente si sus ingresos cambian de un mes a otro.**
Pase a la persona siguiente si usted no espera cambios en sus propios ingresos mensuales.

Ingresos totales de **este año** **$**	Ingresos totales **del año que viene** (si cree que serán diferentes): **$**

Muchas gracias. Es todo lo que necesitamos saber de usted.

PASO 2 Cuéntenos de su familia.

¿A quiénes debe incluir en esta solicitud?

Cuéntenos de todos los miembros de su familia que viven con usted. Si presenta declaraciones de impuestos, necesitamos saber de todas las personas incluidas en dichas declaraciones. Nota: no es necesario presentar declaraciones de impuestos para obtener cobertura médica.

Personas que sí debe incluir:

- Cónyuge.
- Hijos menores de 21 años que viven con usted.
- Pareja (si no están casados) que necesita cobertura médica.
- Otras personas que incluya en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted.
- Demás menores de 21 años que usted cuide y quienes vivan con usted.

Personas que no necesita incluir:

- Pareja (si no están casados) que no necesita cobertura médica.
- Los hijos de su pareja (si no están casados).
- Sus padres, si viven con usted pero que presentan sus propias declaraciones de impuestos (si usted es mayor de 21 años).
- Demás parientes adultos que presentan sus propias declaraciones de impuestos.

La cantidad de personas que integran su familia y sus ingresos determinan el monto de asistencia o el tipo de programa al que usted tenga derecho. Con estos datos, podemos asignar la mejor cobertura posible a todos ellos.

Complete el paso 2 por cada miembro de su familia. Comience con los demás adultos y sus hijos.

NOTA: SI SU FAMILIA CONSISTE EN MÁS DE DOS PERSONAS, NECESITARÁ HACER UNA COPIA DE LAS PÁGINAS Y ADJUNTARLAS.

No es necesario indicar la condición de inmigrante ni el número de Seguridad Social de los miembros de familia que no necesiten cobertura médica. Mantendremos todos los datos en reserva y con seguridad, como lo exige la ley. Usaremos los datos personales sólo para verificar que usted tiene derecho a recibir cobertura médica.

Cobertura médica para su familia

PASO 2: PERSONA ADICIONAL

Complete el paso 2 para su cónyuge o pareja, para los hijos que viven con usted y para otras personas que incluya en su declaración federal de impuestos (si presenta una). Consulte las instrucciones adicionales para incluir a otras personas en la página 3. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe agregar los miembros de su familia que viven con usted. **NOTA: si va a incluir más de dos personas, haga una copia del paso 2: personal adicional y complétela.**

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Su parentesco con esta persona

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

4. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

5. Número de Seguridad Social (SSN ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ Si no tiene uno, fecha en que pidió un SSN _____
Necesitamos este dato si usted quiere cobertura médica para una persona que tiene un SSN.

6. ¿Vive esta **PERSONA ADICIONAL** en la misma dirección que usted? ☐ Si ☐ No

En caso contrario, indique la dirección: _____

7. **¿Planea la PERSONA ADICIONAL presentar una declaración federal de impuestos el año que viene?**
Nota: puede llenar la solicitud de seguro médico aún si no va a presentar una declaración federal de impuestos

☐ **SI. En caso afirmativo,** conteste las preguntas a-c. ☐ **NO. En caso negativo,** pase a la pregunta c.

a. ¿Presentará la **PERSONA ADICIONAL** su declaración de impuestos conjuntamente con su cónyuge? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Planea la **PERSONA ADICIONAL** incluir personas a cargo en su declaración de impuestos? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, nómbrelas a continuación: _____

c. ¿Aparecerá la **PERSONA ADICIONAL** como persona a cargo en la declaración de impuestos de otro? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, nombre al declarante de impuestos: _____

Indique el parentesco de la **PERSONA ADICIONAL** con el declarante de impuestos _____

8. ¿Está embarazada la **PERSONA ADICIONAL**? ☐ Si ☐ No a. **En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés espera tener con esta gestación? _____

9. ¿Necesita cobertura médica la **PERSONA ADICIONAL**?
(Nota: aún si esta persona tiene seguro médico, quizás tengamos un programa con mejor cobertura o de menores costos.)

☐ **SI. En caso afirmativo**, responda a todas las preguntas siguientes.

☐ **NO. En caso negativo,** pase a las preguntas sobre ingresos
Deje en blanco el resto de esta página.

10. . ¿Sufre la **PERSONA ADICIONAL** enfermedades físicas, psiquiátricas o psicológicas que limitan sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer tareas cotidianas) o vive en un establecimiento médico geriátrico? ☐ Si ☐ No

11. ¿Es la **PERSONA ADICIONAL** ciudadano estadounidense o residente legal transitorio o permanente de los EE. UU.? ☐ Si ☐ No

12. Si la **PERSONA ADICIONAL** no es ciudadano ni residente legal transitorio o permanente de los EE. UU., ¿posee condición elegible de inmigración?
☐ Si. Indique el tipo de documento y el número de identificación de la persona adicional en los espacios siguientes.
a.Tipo de documento _____ b. Número de documento de identidad _____
c. ¿Ha vivido la **PERSONA ADICIONAL** en los EE. UU. desde 1996? ☐ Si ☐ No
d. Indique si la **PERSONA ADICIONAL** o su cónyuge o padre/madre son veteranos militares o miembros en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU ☐ Si ☐ No

13. ¿Quiere la **PERSONA ADICIONAL** recibir asistencia financiera para pagar las cuentas médicas de los últimos tres meses? ☐ Si ☐ No

14. ¿Vive la **PERSONA ADICIONAL** con al menos un menor de 18 años? ¿Es ella la persona principal a cargo de este menor? ☐ Si ☐ No

15. ¿Estuvo la **PRóXIMA PERSONA** en "foster care" de la Florida a cuando tenía 18 o más años de edad? ☐ Si ☐ No

Para poder obtener atención especializada en el caso de esta **PERSONA ADICIONAL**, si ella es menor de 20 años y sufre una enfermedad, trastorno conductual u otra afección crónica o grave que ha durado (o se espera que dure) al menos 12 meses, conteste las tres siguientes preguntas.

16. ¿Está limitada esta **PERSONA ADICIONAL** o impedida de alguna manera para hacer las mismas cosas que hace la mayoría de los niños de la misma edad? ☐ Si ☐ No

17. ¿Necesita esta **PERSONA ADICIONAL** recibir terapia especial, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, tratamiento u orientación para atender un problema emocional, del desarrollo o de la conducta? ☐ Si ☐ No

18. Esta **PERSONA ADICIONAL**, ¿necesita o usa atención médica, atención psiquiátrica o servicios educativos en una proporción mayor a la habitual para la mayoría de los niños de la misma edad? ☐ Si ☐ No

19. ¿Es la **PERSONA ADICIONAL** un estudiante de tiempo completo? ☐ Si ☐ No

20. **Si este individuo adicional es hispano o latino, indique su identidad étnica (marque todas las opciones que correspondan):**
☐ Mexicano ☐ Mexicano-americano ☐ Chicano ☐ Portorriqueño ☐ Cubano ☐ Otra opción _____

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite **www.floridakidcare.org** o llámeno al **1-888-540-5437**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-888-540-5437**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-888-540-5437** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-955-8771**

PASO 2: PERSONA ADICIONAL

21. **Raza (marque todas las opciones que correspondan)**

☐ Blanca ☐ Negra o afroamericana	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Chino	☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano	☐ Vietnamita ☐ Otra nacionalidad asiática ☐ Nativo de Hawaii	☐ Guamano o chamorro ☐ Samoano ☐ Otra nacionalidad de las islas del Pacífico ☐ Otra opción _____

Indique a continuación los ingresos de la **persona adicional.**

Empleo actual y datos salariales

☐ Empleado Si la **PERSONA ADICIONAL** tiene un empleo, háblenos de sus ingresos. Comience con la pregunta 22.	☐ **Desempleado** Pase a la pregunta 33.	☐ **Empleado autónomo** Pase a la pregunta 32.

EMPLEO ACTUAL 1:

22. Nombre y dirección del empleador

23. Teléfono del empleador
( ) –

24. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) ☐ Por hora ☐ Por semana ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

$ _____

25. Promedio de horas trabajadas cada semana

EMPLEO ACTUAL 2: (si la **PERSONA ADICIONAL** tiene más empleos y le falta espacio aquí, adjunte otra hoja.)

26. Nombre y dirección del empleador

27. Teléfono del empleador
( ) –

28. Salario/propinas (antes del pago de impuestos) ☐ Por hora ☐ Por semana ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

$ _____

29. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

30. Si el salario mensual normal de la **PERSONA ADICIONAL** es distinto al salario indicado anteriormente, detalle las razones en este espacio.

31. **Indique lo que la persona adicional hizo el año pasado:**
☐ Cambió de trabajo ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de estas opciones

32. **Si es empleado autónomo, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Qué suma en ingresos netos obtendrá la **PERSONA ADICIONAL** como trabajador autónomo este mes? Los ingresos netos son las utilidades luego de deducir los gastos de explotación.
$ _____

33. **OTROS INGRESOS QUE OBTUVO ESTE MES:** marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia la **PERSONAL ADICIONAL** lo obtiene.
NOTA: no necesita incluir la pensión alimenticia infantil, la pensión de VA (Administración de Veteranos), la indemnización por accidentes de trabajo ni el subsidio federal Supplemental Security Income (SSI).

☐ Ninguno
☐ Desempleo $ _____ Frecuencia _____
☐ Pensiones $ _____ Frecuencia _____
☐ Seguridad Social $ _____ Frecuencia _____
☐ Cuentas de jubilación $ _____ Frecuencia _____
☐ Pensión alimenticia matrimonial $ _____ Frecuencia _____
☐ Ingresos netos de granja/pesca $ _____ Frecuencia _____
☐ Ingresos netos de alquiler/derechos de autor $ _____ Frecuencia _____
☐ Other income $ _____ Frecuencia _____
Type: _____

34. **DEDUCCIONES:** Marque todas las opciones que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia la **PERSONAL ADICIONAL** lo obtiene.

Si la **PERSONA ADICIONAL** tiene ciertos gastos que puede deducir en una declaración federal de impuestos, podría costarle menos la cobertura médica si los indica aquí. **Nota:** Consulte los gastos que puede incluir aquí en la sección "Adjusted Gross Income" (ingresos brutos ajustados) de IRS.gov. No deberá incluir los gastos que haya considerado en su respuesta a la pregunta 32b sobre los ingresos netos como trabajador autónomo.

☐ Pensión alimenticia matrimonial $ _____ Frecuencia _____
☐ Interés sobre un préstamo estudiantil $ _____ Frecuencia _____
☐ Deducciones adicionales $ _____ Frecuencia _____
Tipo: _____

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite **www.floridakidcare.org** o llámeno al **1-888-540-5437**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-888-540-5437**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-888-540-5437** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-955-8771**

PASO 2: PERSONA ADICIONAL

35. **INGRESOS ANUALES: Llene estos espacios solamente si los ingresos de la PERSONA ADICIONAL cambian de un mes a otro.**
Agregue otra persona o pase a la sección siguiente si usted no espera cambios en los ingresos mensuales de la **PERSONA ADICIONAL.**

Ingresos totales de **este año** correspondientes a la **PERSONA ADICIONAL**	Ingresos totales del **año que viene** correspondientes a la **PERSONA ADICIONAL** (si cree que serán diferentes)
$	**$**

Muchas gracias. Es todo lo que necesitamos saber de la PERSONA ADICIONAL.

PASO 3 Miembros de familia indios americanos o nativos de Alaska

1. **¿Es usted u otro miembro de su familia indio americano o nativo de Alaska?**

☐ **En caso negativo**, pase al paso 4.

☐ **Sí. En caso afirmativo,** pase al apéndice B

PASO 4 Cobertura médica de su familia

Conteste estas preguntas para cada miembro que necesita cobertura médica.

1. **¿Está inscrito algún miembro de familia en algunas de las siguientes coberturas médicas?**

☐ **SI. En caso afirmativo,** marque el tipo de cobertura y escriba los nombres de los inscritos al lado de la cobertura que tengan. ☐ **NO.**

☐ Medicaid _____

☐ Florida KidCare _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (no la marque si tiene atención directa o Line of Duty)
_____

☐ Programas de atención de salud para veteranos (VA)
_____

☐ Peace Corps _____

☐ Seguro médico del empleador _____
Nombre del seguro médico: _____
Nombre del asegurado: _____
Número de póliza: _____
¿Se trata de cobertura COBRA? ☐ Si ☐ No
¿Se trata de un plan médico para jubilados? ☐ Si ☐ No

☐ Otra opción
Nombre del seguro médico: _____
Nombre del asegurado: _____
Número de póliza: _____
Indique si se trata de un plan con beneficios limitados (como un seguro colectivo en caso de accidentes escolares)
☐ Si ☐ No

2. **Indique si alguna persona incluida en esta solicitud recibió oferta de cobertura médica del empleador.** Responda que sí aun si la cobertura proviene del empleo de otra persona, como el caso del padre, madre o cónyuge.

☐ **SI. En caso afirmativo,** debe completar el apéndice A e incluirlo. ¿Se trata de un plan médico con beneficios para empleados estatales? ☐ Si ☐ No

☐ **NO.**

3. **¿Ha cancelado voluntariamente alguna persona incluida en esta solicitud el seguro médico infantil en los dos últimos meses por las razones siguientes?**

☐ 1. El costo del seguro médico del hijo del solicitante supera el 5% de los ingresos familiares.	☐ 6. El empleador que brindaba la cobertura para el hijo del solicitante la canceló.
☐ 2. La violencia en el hogar causó la pérdida de cobertura del hijo del solicitante.	☐ 7. La cobertura del hijo del solicitante venció porque el menor agotó el límite máximo vitalicio de cobertura o el límite del beneficio anual.
☐ 3. El padre o la madre perdió el trabajo por el que recibía cobertura para el hijo del solicitante.	☐ 8. El hijo del solicitante tiene una enfermedad que podría causarle una incapacidad grave, la pérdida de función o la muerte si no recibe tratamiento médico.
☐ 4. La cobertura no satisface las necesidades médicas del hijo del solicitante.	☐ 9. El padre o la madre del hijo del solicitante canceló la cobertura COBRA o ésta llegó a su límite legal.
☐ 5. Murió el padre o la madre que tenía la cobertura médica para el hijo del solicitante.	☐ 10. El padre o la madre que no tiene la custodia del menor rescindió la cobertura del hijo del solicitante.

☐ **SI. En caso afirmativo,** indique el mes y año de cancelación _____

☐ **NO.**

PASO 5 Lea esta solicitud y fírmela.

- Firmo esta solicitud so pena de perjurio. En otras palabras, he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario a mi mejor saber y entender. Si doy información falsa, sé que quedaré sujeto a sanciones federales y estatales.
- Sé que debo dar aviso si los datos incluidos en esta solicitud sufren algún cambio. Entiendo que cualquier cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de las personas que viven conmigo.
- Sé que la legislación federal prohíbe la discriminación por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, identidad u orientación sexual o discapacidad. En caso de haber discriminación, puedo presentar la denuncia correspondiente si visito la página web en **www.hhs.gov/ocr/office/file**.
- Confirmo que ninguna de las personas que solicitan seguro médico en esta solicitud está recluida (detenida o en la cárcel). En caso contrario,

_____ está recluido.
(nombre de la persona)

Sé que se usará esta información a fin de verificar mi derecho a recibir asistencia financiera para pagar la cobertura médica si decido solicitarla. Cotejaremos sus respuestas con la información residente en nuestras bases de datos electrónicas y con las bases de datos de la Dirección General Impositiva (IRS, por sus siglas en inglés), de Seguridad Social, del Departamento de Seguridad Nacional o de una agencia de informes de solvencia del consumidor. En el caso de las personas que viven con usted y que no incluye en esta solicitud, no informaremos de su condición de inmigrante a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (USCIS, por sus siglas en inglés). Si los datos no concuerdan, le pediremos que nos envíe pruebas documentales.

Entiendo que se respetará la confidencialidad de la información de conformidad con la legislación federal y de Florida.

Autorizo la divulgación de información personal, financiera y médica para determinar elegibilidad, realizar investigaciones o prestar terapias médicas, efectuar pagos o realizar tareas administrativas.

Declaro que la información incluida en esta solicitud establece la identidad de los menores de 16 años de edad.

He leído y comprendido los derechos y responsabilidades que me quepan conforme al programa de Medicaid.

Si alguna persona incluida en esta solicitud tiene derecho a Medicaid

- Cedo a la agencia de Medicaid todo derecho a procurar reembolsos y efectuar cobranzas de otras aseguradoras médicas, liquidaciones judiciales o de terceros adicionales. Asimismo, cedo a la agencia de Medicaid todo derecho a procurar o recibir el pago de asistencia médica de parte de un cónyuge o padre/madre.
- Indique si alguno de los menores incluidos en esta solicitud tiene padres que viven fuera del hogar. ☐ Si ☐ No
- En caso afirmativo, sé que me pedirán cooperar con la agencia responsable de cobrar el pago de asistencia médica de parte de un padre o madre ausente. Si creo que tal cooperación para cobrar el pago de asistencia médica me perjudicará a mí o a mis hijos, se lo informaré a Medicaid para que no tenga que cooperar.

Usted puede registrarse para votar aqui

Si ou pa enskri pou vote kote w ap viv kounye a, èske ou ta renmen enskri pou vote isit la jodi ? Koche kaz WI si ou ta renmen aplike pou enskri pou vote oswa pou modifye enfòmasyon sou enskripsyon elektè ou. Si ou koche kaz NON oswa ou pa koche okenn kaz, n ap konsidere ou deside ou pa aplike pou enskri pou vote oswa pou modifye enfòmasyon sou enskripsyon elektè ou. Si ou koche kaz Wi, NON oswa si ou pa reponn kesyon sa a ditou, sa p ap afekte posiblite pou resevwa avantaj yo.

☐ Si ☐ No

Aviso de derechos

Ayuda: Si usted desea ayuda para llenar su solicitud de registración de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud de registración de votante en privado.

Beneficios: Si usted está presentando una solicitud para asistencia pública de esta agencia, solicitando para registrarse o rechazando la registración como votante, no afectará la cantidad de asistencia que se le otorgará por esta agencia.

Privacidad: Su decisión de no registrarse o actualizar su registro y la ubicación donde se registró o actualizó es confidencial y solamente puede ser utilizada con el propósito de registro electoral.

Reclamo Formal: Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o de rechazo a hacerlo, su derecho a la privacidad de la decisión de registrarse para votar o su derecho en elegir su propio partido político o preferencia política, usted puede presentar un reclamo formal ante: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Formularios para presentar un reclamo están disponibles entrando a: http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml o llamando 1-850-245-6200.

[Autoridad: Ley Nacional de Registro de Votante (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 and 97.0585, F.S.]

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite **www.floridakidcare.org** o llámeno al **1-888-540-5437**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-888-540-5437**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-888-540-5437** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-955-8771**

PASO 5 Lea esta solicitud y fírmela.

Derecho de apelación

Puedo apelar la decisión de Department of Children & Families si creo que cometió un error. En otras palabras, puedo informar a un representante de Department of Children & Families que creo que la acción tomada fue equivocada y que tengo derecho a pedir una revisión justa de tal acción. Sé que puedo averiguar cómo presentar mi apelación si llamo al teléfono **1-866-762-2237** para contactar a Department of Children & Families. Sé que puedo nombrar a un representante para que participe en el proceso de apelación. Se me explicarán mi elegibilidad y demás detalles importantes.

Firme esta solicitud. La persona que llenó el paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar, siempre que haya incluido la información solicitada en el apéndice C:. Debe firmar en ambas líneas.

Firma	Fecha (en formato mm/dd/aaaa)
Firma	Fecha (en formato mm/dd/aaaa)

Certifico so pena de perjurio que son correctos los datos sobre todos los niños incluidos en la solicitud.

PASO 6 Envíe por correo la solicitud finalizada.

Envíe por correo la solicitud firmada a la dirección siguiente:

Florida KidCare
P.O. Box 980
Tallahassee, FL 32302-0980

¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR LA SOLICITUD? Visite **www.floridakidcare.org** o llámeno al **1-888-540-5437**. If you would like a copy of this application in English, please call **1-888-540-5437**. Si necesita ayuda en un idioma extranjero, llame al **1-888-540-5437** e indique el idioma que necesita al representante de servicio al cliente. Esta asistencia no le costará nada. Los usuarios de equipo TTY deben llamar al **1-800-955-8771**

APÉNDICE A

Cobertura médica recibida en el trabajo

No necesita responder a estas preguntas, a menos que alguna persona que vive con usted es elegible para recibir cobertura médica de un empleo. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura médica.

Cuéntenos del **empleo** que ofrece cobertura médica.

Lleve el formulario titulado Herramienta de cobertura del empleador al empleador que ofrece cobertura médica para que le ayude a contestar esas preguntas. Este formulario aparece en la página siguiente. Solamente necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud; no incluya el formulario titulado Herramienta de cobertura del empleador.

Información DEL EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre y apellido)	2. Número de Seguridad Social del empleado ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Información DEL EMPLEADOR

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN) ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
5. Dirección del empleador		6. Teléfono del empleador ( ) –
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. Indique el nombre de la persona a quien podemos contactar sobre la cobertura médica del empleado ofrecida en este empleo.		
11. Teléfono (si es distinto del ya indicado) ( ) –	12. Dirección electrónica	

13. **¿Tiene ahora derecho a la cobertura que su empleador ofrece, o lo tendrá en los próximos tres meses?**

☐ **Si** (continúe)

13a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿en qué fecha podrá inscribirse para recibir cobertura? _____ (mm/dd/aaaa)

Incluya los nombres de las demás personas que tengan derecho a la cobertura ofrecida en este empleo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

☐ **No** (deténgase aquí y pase al paso 5 de la solicitud)

Cuéntenos del **plan de salud** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud compatible con la norma de valor mínimo*? ☐ Si ☐ No

15. En el caso del plan de costo más bajo compatible con la norma de valor mínimo* que se ofrece **solamente al empleado** (no incluya los planes familiares):
Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por participar en programas para dejar de fumar, sin haber recibido otros descuentos por participación en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto le cuestan al empleado las primas de este plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia tiene que pagar las primas? ☐ Semanalmente ☐ Quincenalmente ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

16. Marque los cambios (si los sabe) que el empleador hará en el año del plan nuevo:

☐ El empleador no ofrecerá cobertura médica.

☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados, o modificará la prima del plan del costo más bajo que ofrezca solamente en el caso del empleado que cumpla el criterio de la norma de valor mínimo*. Nota: la prima debe reflejar el descuento por participar en programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.

a. ¿Cuánto le cuestan al empleado las primas de este plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia tiene que pagar las primas? ☐ Semanalmente ☐ Quincenalmente ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente Fecha del cambio (en formato mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud es compatible con la "norma de valor mínimo" si la proporción del total de costos de beneficios permitidos que tienen cobertura del plan no es menor del 60por ciento de dichos costos (conforme a la sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de IRS de 1986).

APÉNDICE B

Miembro de familia indio americano o nativo de Alaska

Llene este apéndice si usted u otro miembro de su familia es indio americano o nativo de Alaska. Presente esta hoja con el formulario titulado Solicitud de cobertura médica y de asistencia financiera para sufragar costos.

Cuéntenos de los miembros de su familia que son indios americanos o nativos de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos. También es posible que no tengan que pagar el costo compartido y que puedan participar en períodos especiales de inscripción mensual. Sus respuestas a las siguientes preguntas posibilitarán que su familia reciba la mejor asistencia.

NOTA: si va a incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela al formulario.

	INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA 1	INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA 2
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre Segundo nombre Apellido	Nombre Segundo nombre Apellido
2. Indique si es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal.	☐ Si **En caso afirmativo**, indique el nombre de la tribu:e _____ ☐ No	☐ Si **En caso afirmativo**, indique el nombre de la tribu:e _____ ☐ No
3. Indique si esta persona recibió alguna vez servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos, o mediante una derivación de uno de estos programas.	☐ Si ☐ No **En caso contrario**, indique si esta persona tiene derecho a recibir servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos, o mediante una derivación de uno de estos programas. ☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No **En caso contrario**, indique si esta persona tiene derecho a recibir servicios de Indian Health Services, programas médicos tribales o programas médicos para indios urbanos, o mediante una derivación de uno de estos programas. ☐ Si ☐ No
4. Quizás no sea necesario considerar determinados ingresos recibidos en el caso de Medicaid o del programa del seguro médico infantil CHIP (Children's Health Insurance Program). Incluya todos los ingresos (cantidades y frecuencia con que los recibe) que haya indicado en la solicitud y que comprendan fondos de estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías. • Pagos provenientes de recursos naturales, actividades agrícolas, ganaderas o pesqueras, arrendamientos o cánones territoriales correspondientes a tierras que el Departamento del Interior haya designado como tierras en fideicomiso indio (incluidas las reservas actuales y previas). • Producto de la venta de objetos de importancia cultural.	**$** _____ ¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos? _____	**$** _____ ¿Con qué frecuencia recibe estos ingresos? _____

APÉNDICE C

Ayuda para completar esta solicitud

Puede escoger a un representante autorizado.

Puede autorizar a una persona de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información y obre en nombre suyo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta autorización incluye obtener datos sobre su solicitud y firmarla en nombre suyo. Esta persona de confianza recibe el nombre de "representante autorizado". Comuníquese con Marketplace (mercado) si alguna vez necesita cambiar de representante autorizado. Tiene que acompañar esta solicitud con prueba documental de que usted es el representante debidamente autorizado de una persona indicada en la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Teléfono del empleador ( ) –		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación (si corresponde)

Su firma es constancia de que usted autorizó a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial sobre la misma y obrar en nombre suyo en todo asunto futuro con esta agencia.

10. Su firma	11. Fecha (en formato mm/dd/aaaa)

Para uso exclusivo de asesores habilitados para prestar asistencia con la solicitud, navegadores, agentes y corredores.

Complete esta sección si usted es un asesor habilitado para prestar asistencia con la solicitud, navegador, agente o corredor que está llenando esta solicitud por otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (en formato mm/dd/aaaa)	
2. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (si corresponde)

Florida KidCare

HEALTH AND DENTAL INSURANCE

P.O. Box 980
Tallahassee, Florida 32302-0980

1-888-540-5437

www.floridakidcare.org

NONPROFIT ORG.
U.S. POSTAGE
PAID
TALLAHASSEE, FL
PERMIT NO. 801

It's easier to apply online at:
www.floridakidcare.org