

# Aplicé en internet InsureAlabama.org



## ALL Kids

Children's Health Insurance Program

Mercado  
de Seguros Médicos



## Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de su costo



**Use esta solicitud para saber las opciones de cobertura para las que usted califica**

- Planes de seguros de salud privados disponibles que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano
- Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de su cuota para la cobertura de salud
- Seguro sin costo o a un costo bajo del Alabama Medicaid o de ALL Kids.  
**Es posible que califique para un programa sin costo o a un costo bajo aún si gana tanto como \$94,000 al año (para una familia de 4).**



**¿Quién puede usar esta solicitud?**

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o sin costo.
- Si es soltero, usted puede usar un formulario corto. Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, podría necesitar completar el Apéndice C.



**Qué es lo que pudiera necesitar para la solicitud**

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



**¿Por qué le pedimos esta información?**

Le pedimos información sobre sus ingresos y otra información para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma confidencial y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Confidencialidad visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov).



**¿Qué sigue después?**

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 11. Nos contactaremos con usted. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras. Puede llamar a la Agencia de Medicaid de Alabama al 1-800-362-1504 o llame a ALL Kids al 1-800-373- KIDS (5437).

LO QUE DEBE SABER



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a [ALLKids@aph.state.al.us](mailto:ALLKids@aph.state.al.us).

## PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona que podemos contactar para su solicitud.)

1. Nombre, Apellidos, Sufijo			
2. Dirección Postal			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado
8. Dirección de case (si es diferente de la dirección de postal)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado
14. Número de teléfono ( ) -		15. Otro número de teléfono ( ) -	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. ¿Cual es su idioma preferido hablado o escrito? (si no es Inglés)			
18. Estado civil (Casado (a), Divorciado (a), Separado (a), Soltero (a), Viudo (a) ) <b>Circule Uno</b>			

## PASO 2 Díganos sobre su familia.

### ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

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

#### Incluya:

- A usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja aunque no esten casados que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

#### NO tiene que incluir:

- Su pareja aunque no esten casados que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja (si no estan casados)
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

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

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



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

## PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. 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. Nombre, Apellidos, Sufijo \_\_\_\_\_ 2. ¿Cuál es la relación con usted?  
**YO MISMO**

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) \_\_\_\_\_ 4. Sexo  Hombre  Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_

**Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.** Aun si no desea la cobertura médica para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar el ingreso e información adicional para determinar quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

6. **¿Piensa presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**  
(Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

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

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Sí,** Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

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

**Sí,** Indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

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

**Sí,** Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

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

7. ¿Está embarazada?  Sí  No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? \_\_\_\_\_

b. Fecha en que espera dar a luz \_\_\_\_\_

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?**  Sí  No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

8. **¿Necesita cobertura médica?** (Aún si tiene seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

**SÍ.** Conteste todas las preguntas de abajo



**NO.** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 3.  
Deje el resto de esta página en blanco.



9. ¿Tiene algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos?  Sí  No

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

11. **Si usted no es ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.,** ¿tiene una condición inmigratoria elegible?

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

a. Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_ b. Número de ID del documento \_\_\_\_\_

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

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

12. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

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

14. ¿Es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

15. ¿Estuvo bajo tutela temporal a los 18 años o más?  Sí  No

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

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

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

Blanco

Indio Americano o

Filipino

Vietnamita

Guameño o Chamorro

Negro o

Nativo de Alaska

Japonés

Otro Asiático

Samoano

Afroamericano

Indio Asiático

Coreano

Nativo Hawaiano

Otros Isleños del Pacífico

Chino

Otro \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a [ALLKids@adph.state.al.us](mailto:ALLKids@adph.state.al.us).

## PASO 2: PERSONA 1 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

**Empleado**

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.

**Sin empleo:**

Vaya a la pregunta 28

**Por cuenta propia**

Vaya a la pregunta 27.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	19. Número de teléfono del trabajo ( ) -
20. 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	
21. Horas promedio que trabaja cada semana _____	

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

22. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	23. Número de teléfono del trabajo ( ) -
24. 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	
25. Horas promedio que trabaja cada SEMANA _____	

26. En el último año, usted:  Cambió de trabajos     Dejó de trabajar     Comenzó a trabajar menos horas     Ninguno de estos

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

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?  
\$ \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

Su ingreso total <b>este año</b> \$ _____	Su ingreso total <b>del próximo año</b> (si considera que será diferente)) \$ _____
--	--

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



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

## PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. 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. Nombre, Apellidos, Sufijo \_\_\_\_\_ 2. ¿Cuál es la relación con usted? \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) \_\_\_\_\_ 4. Sexo  Hombre  Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.**

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted?  Sí  No

**Si no**, indique la dirección: \_\_\_\_\_

7. **¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

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

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

a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Sí**, Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Sí**, Indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Sí**, Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Está embarazada?  Sí  No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? \_\_\_\_\_

b. Fecha en que espera dar a luz \_\_\_\_\_

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?**  Sí  No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

9. **¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?**

(Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

**SI** Conteste todas las preguntas de abajo.



**NO.** PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5.  
Deje el resto de esta página en blanco.



10. ¿Tiene la PERSONA 2 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos?  Sí  No

11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.?  Sí  No

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.**, ¿tiene un estatus de inmigración 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 la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996?  Sí  No

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

13. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

14. ¿Vive la PERSONA 2 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo?  Sí  No

15. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo tutela temporal a los 18 años o más?  Sí  No

**Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:**

16. ¿Tuvo la PERSONA 2 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses?  Sí  No

a. **Sí**, fecha de terminación: \_\_\_\_\_

b. Motivo por el cual se terminó el seguro: \_\_\_\_\_

17. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

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

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  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 \_\_\_\_\_

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



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

## PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

**Empleado**

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. 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 de la compañía donde trabaja y dirección

21. Número de teléfono

( ) -

22. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Mensualmente  Anualmente \$ \_\_\_\_\_

23. Horas promedio que trabaja cada SEMANA

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

24. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección

25. Número de teléfono

( ) -

26. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Mensualmente  Anualmente \$ \_\_\_\_\_

27. Horas promedio que trabaja cada SEMANA

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

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

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

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

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? \_\_\_\_\_

Cuentas de retiro \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otros tipos de ingresos: \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia recibida

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

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

**NOTA:** No debería incluir el monto 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? \_\_\_\_\_

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

Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 2, añada a la siguiente persona o vaya a la siguiente sección.

Ingreso total de la PERSONA 2 este año  
\$ \_\_\_\_\_

Ingreso total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ \_\_\_\_\_

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



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.



## PASO 2: PERSONA 3

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. 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. Nombre, Apellidos, Sufijo \_\_\_\_\_ 2. ¿Cuál es la relación con usted? \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) \_\_\_\_\_ 4. Sexo  Hombre  Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.**

6. ¿La PERSONA 3 vive en la misma dirección que usted?  Sí  No

**Si no**, indique la dirección: \_\_\_\_\_

7. **¿Piensa la PERSONA 3 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

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

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

a. ¿Presentará la PERSONA 3 su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Sí**, Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará la PERSONA 3 a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Sí**, Indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será la PERSONA 3 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 la PERSONA 3 con el que presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Está embarazada?  Sí  No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? \_\_\_\_\_

b. Fecha en que espera dar a luz \_\_\_\_\_

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?**  Sí  No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

9. **¿Necesita la PERSONA 3 cobertura médica?**

(Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

**SI** Conteste todas las preguntas de abajo.



**NO.** PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5.

Deje el resto de esta página en blanco.



10. ¿Tiene la PERSONA 3 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos?  Sí  No

11. ¿Es la PERSONA 3 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.?  Sí  No

12. **Si la PERSONA 3 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.**, ¿tiene un estatus de inmigración 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 la PERSONA 3 en los EE.UU. desde 1996?  Sí  No

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

13. ¿Desea la PERSONA 3 ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

14. ¿Vive la PERSONA 3 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo?  Sí  No

15. ¿Estuvo la PERSONA 3 bajo tutela temporal a los 18 años o más?  Sí  No

**Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 3 tiene 22 años o menos:**

16. ¿Tuvo la PERSONA 3 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses?  Sí  No

a. **Sí**, fecha de terminación: \_\_\_\_\_

b. Motivo por el cual se terminó el seguro: \_\_\_\_\_

17. ¿Es la PERSONA 3 un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

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

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  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 \_\_\_\_\_

**Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 3 en la parte de atrás.**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

## PASO 2: PERSONA 3 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

**Empleado**

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. 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 de la compañía donde trabaja y dirección	21. Número de teléfono ( ) -
22. 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 \$ _____	
23. Horas promedio que trabaja cada SEMANA	

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

24. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	25. Número de teléfono ( ) -
26. 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 \$ _____	
27. Horas promedio que trabaja cada SEMANA	

28. En el último año, la PERSONA 3:  Cambió de trabajos  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

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

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

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

<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/ regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros tipos de ingresos: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 3 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 el monto que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

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

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 3 cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 3, añada a la siguiente persona o vaya a la siguiente sección.

Ingreso total de la PERSONA 3 este año \$ _____	Ingreso total de la PERSONA 3 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____
---	--

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la Persona 3.**

Si necesita incluir a más personas, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.



## PASO 2: PERSONA 4

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. 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. Nombre, Apellidos, Sufijo \_\_\_\_\_ 2. ¿Cuál es la relación con usted? \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) \_\_\_\_\_ 4. Sexo  Hombre  Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.**

6. ¿La PERSONA 4 vive en la misma dirección que usted?  Sí  No

**Si no**, indique la dirección: \_\_\_\_\_

7. **¿Piensa la PERSONA 4 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**  
 (Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

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

a. ¿Presentará la PERSONA 4 su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Sí**, Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará la PERSONA 4 a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Sí**, Indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será la PERSONA 4 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 la PERSONA 4 con el que presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Está embarazada?  Sí  No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? \_\_\_\_\_

b. Fecha en que espera dar a luz \_\_\_\_\_

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?**  Sí  No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

9. **¿Necesita la PERSONA 4 cobertura médica?**

(Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

**SI** Conteste todas las preguntas de abajo.



**NO.** PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5.  
 Deje el resto de esta página en blanco.



10. ¿Tiene la PERSONA 4 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos?  Sí  No

11. ¿Es la PERSONA 4 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.?  Sí  No

12. **Si la PERSONA 4 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.**, ¿tiene un estatus de inmigración 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 la PERSONA 4 en los EE.UU. desde 1996?  Sí  No d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.?  Sí  No

13. ¿Desea la PERSONA 4 ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

14. ¿Vive la PERSONA 4 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo?  Sí  No

15. ¿Estuvo la PERSONA 4 bajo tutela temporal a los 18 años o más?  Sí  No

**Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 4 tiene 22 años o menos:**

16. ¿Tuvo la PERSONA 4 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses?  Sí  No

a. **Sí**, fecha de terminación: \_\_\_\_\_ b. Motivo por el cual se terminó el seguro: \_\_\_\_\_

17. ¿Es la PERSONA 4 un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

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

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  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 \_\_\_\_\_

**Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 4 en la parte de atrás.**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

## PASO 2: PERSONA 4 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

**Empleado**

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. 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 de la compañía donde trabaja y dirección	21. Número de teléfono ( ) -
22. 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 \$ _____	
23. Horas promedio que trabaja cada SEMANA	

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

24. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	25. Número de teléfono ( ) -
26. 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 \$ _____	
27. Horas promedio que trabaja cada SEMANA	

28. **En el último año, la PERSONA 4:**  Cambió de trabajos  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

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

a. Tipo de trabajo:

\_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

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

<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/ regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros tipos de ingresos: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

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

**NOTA:** No debería incluir el monto que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

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

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 4 cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 4, pase a la persona siguiente

Ingreso total de la PERSONA 4 este año \$ _____	Ingreso total de la PERSONA 4 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____
---	--

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la Persona 4.**  
Si necesita incluir a más personas, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

## PASO 3

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

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

- No, Vaya al Paso 4.  
 Sí, Vaya al Apéndice B.

## PASO 4

### Su Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

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

Sí, Verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen.  NO.

Medicaid \_\_\_\_\_

CHIP \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o si esta activo en el ejército)  
\_\_\_\_\_

Programas de atención de la salud VA (Administración Veterana)  
\_\_\_\_\_

Cuerpo de Paz \_\_\_\_\_

Seguro de salud de su trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

¿Es esta una cobertura COBRA?  Sí  No

¿Es un plan de salud para retirados?  Sí  No

Otro

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)?  Sí  No

2. ¿Hay alguna persona indicada en esta solicitud que se le ofreció una cobertura médica en su trabajo? Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, tal como del padre o cónyuge.

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

NO. Vaya al Paso 5.

#### PRA Disclosure Statement

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



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

## STEP 5

### Lea y firme esta solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros Médicos si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llamar al **1-800-318-2596** para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para un miembro(s) de mi hogar.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Entiendo que la información de esta solicitud solamente se utilizará para determinar mi elegibilidad para un seguro médico y que será confidencial tal y como lo estipula la ley.
- Confirmando que ninguna persona solicitando el seguro médico en esta solicitud ha estado encarcelada (detenida o en prisión). Si no, \_\_\_\_\_ está encarcelado(a).  
(nombre de la persona)

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

#### Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica u otros terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de casa?  Sí  No
- Si sí, yo sé que me pedirán cooperar con la agencia que recauda los pagos de ayuda médica de un padre ausente. Si considero que el cooperar para recaudar los pagos de ayuda médica me causará daño a mí o a mi hijo(a), yo puedo decirle a Medicaid y es posible que yo no tenga que cooperar.

#### Mi derecho de apelar

Si Creo que el Health Insurance Marketplace o Medicaid/Children's Health Insurance Program (CHIP) cometió un error, puedo apelar la decisión. Para apelar necesito comunicárselo al Health Insurance Market Place o Medicaid/CHIP de que la decisión que se tomo fue incorrecta, y puedo pedir una revisión justa de la determinación. Sé que puedo apelar comunicándome con el Marketplace al **1-800-318-2596**. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien además de mí. Mi elegibilidad y otra información importante se me serán explicadas.

#### Renovación de la cobertura en años próximos

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la ayuda de pago de la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de la declaración de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, dejándome hacer cualquier cambio y tengo la opción de exclusión en cualquier momento.

Sí, renueva mi elegibilidad en forma automática para los próximos

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

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

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

## STEP 6

### Envíe su solicitud completa por correo

Envíe por correo su solicitud firmada a:

**ALL Kids Program**  
**P.O. Box 304839**  
**Montgomery, AL 36130-4839**  
**1-888-373-KIDS (5437)**  
**334-206-3783 (Número de fax)**

Si necesita asistencia del Health Insurance Marketplace usted puede contactarlos a **Healthcare.gov** o llamándolos al número.

**Disponible 24/7 1-800-318-2596**  
**TTY: 1-855-889-4325**

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro del votante en, [www.alabamavotes.gov](http://www.alabamavotes.gov).

Si usted no tiene la capacidad de usar una computadora para completar su forma de registro de votante, Nosotros le podemos enviar una forma. Por favor marque aquí \_\_\_ para enviarle una forma.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a [ALLKids@adph.state.al.us](mailto:ALLKids@adph.state.al.us).

# APÉNDICE A

## Cobertura de Salud de Trabajos

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

### Díganos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

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

### Información del empleado

1. Nombre del empleado (Nombre, Apellidos)	2. Número de Seguro Social del Empleado ____ - ____ - _____
--	--

### Información del empleador

3. Nombre de la compañía donde trabaja	4. Número de Identificación del empleador (EIN) ____ - _____	
5. Dirección	6. Número de teléfono ( ) - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ( ) - _____	12. Correo electrónico	

<b>13. ¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por su empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> (Continuar) 13 a. Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?(mm/dd/año) _____ Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo. Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____ <input type="checkbox"/> <b>No</b> (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)
--

### Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): Si el trabajo tiene programas de bienestar, provea la Cuota que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar. a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado para este plan? \$ _____ b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
16. ¿Qué cambio hará el empleador para el año nuevo del plan? (si se conoce) <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de salud <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la Cuota para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.* (La Cuota deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.) a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado para este plan? \$ _____ b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

\*Un plan de salud patrocinado por su empleador. cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



**¿NECESITA AYUDA CON SU APLICACIÓN?** si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL KIDS** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la agencia de **Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

# SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A. **Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.**



## Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección..

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



## Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

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

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

**Sí** (Vaya a la pregunta 13a.)

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

**No** (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador.

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

\_\_\_ Sí. ¿A quién cubre? \_\_\_ Esposo/a \_\_\_ Dependiente(s) \_\_\_ No. (vaya a la pregunta 14)

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

Sí. (Vaya a la pregunta 15)  No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

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

a. ¿Cuánto le costará al empleado este plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo la paga?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestral  Anual

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

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

El empleador no ofrecerá un seguro médico

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

a. ¿Cuánto le costará al empleado este plan? \$ \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo la paga?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestral  Anual

c. Fecha del cambio (mm/dd/año) \_\_\_\_\_

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



**¿NECESITA AYUDA CON SU APLICACIÓN?** Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL KIDS** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la agencia de **Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.



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

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

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

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

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

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2	AI/AN PERSONA 3	AI/AN PERSONA 4
1. Nombre (Nombre, Apellidos)	Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre	Primer nombre
	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre	Segundo nombre
	Apellido	Apellido	Apellido	Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Sí <b>Nombre de la tribu</b> _____	<input type="checkbox"/> Sí <b>Nombre de la tribu</b> _____	<input type="checkbox"/> Sí <b>Nombre de la tribu</b> _____	<input type="checkbox"/> Sí <b>Nombre de la tribu</b> _____
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Nativo Americanos, de los programas salud tribales, o programas de salud urbanos para Nativo Americanos, o mediante una referencia de uno de estos programas?</b>
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes:	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas)</li> <li>• Dinero de la venta de cosas que tienen un significado cultural</li> </ul>			
5. Esta persona tiene una tarjeta tribal activa (por favor marque aquí)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**¿NECESITA AYUDA CON SU APLICACIÓN?** si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALLKIDS** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la agencia de **Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.



## Asistencia para Completar esta Solicitud

### Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo a Medicaid/ALL Kids o el Marketplace. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, Apellidos)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal
7. Número de teléfono (    )    -		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación (ID)
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/año)

### Para consejeros certificados de solicitudes, agentes, navegadores, y agentes de venta de Seguros.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, agente, navegadores, o agentes de venta de Seguros, que está llenando la solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/año)	
2. Nombre, Apellidos, Sufijo	
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (ID)