



## PASO 2: Persona Adicional

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

**Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 19.

**Sin empleo:** Vaya a la pregunta 29.

**Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 28.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

19. Nombre del patrón		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado □□	d. Código postal □□□□□□	20. Número de teléfono del patrón (□□□□) □□□□ - □□□□□□
21. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ □□□□□□		<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	22. Horas promedio trabajadas cada SEMANA □□□□

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Si esta PERSONA tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

23. Nombre del patrón		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado □□	d. Código postal □□□□□□	20. Número de teléfono del patrón (□□□□) □□□□ - □□□□□□
25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ □□□□□□		<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	26. Horas promedio trabajadas cada SEMANA □□□□

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

28. **Si esta PERSONA trabaja por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se pagan los gastos de negocio) que esta PERSONA recibirá por este trabajo autónomo este mes?

\$ □□□□□□

29. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia esta PERSONA que la reciben. **NOTA:** No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

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

30. ¿Esta PERSONA desea recibir ayuda para pagar las facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses?  Sí    No   En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales de los 3 meses anteriores.   Mes 1: \$ □□□□□□   Mes 2: \$ □□□□□□   Mes 3: \$ □□□□□□

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

**NOTA:** No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 28b).

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

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

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

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

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

Si tiene más de dos personas para incluir, complete el formulario complementario de Persona Adicional de una sola página.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [coverva.org](http://coverva.org) o llámenos al 1-855-242-8282. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-242-8282 e indíquelo al representante cual idioma necesita. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.