

Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos



Use esta solicitud para saber sus opciones de cobertura

- Cobertura médica gratuita de Cardinal Care de Virginia (Medicaid o FAMIS)
- Si usted no reúne los requisitos para Medicaid o FAMIS, será remitida al Mercado de Seguro de Virginia para acceder a planes de seguro de salud privados asequibles que ofrecen amplia cobertura para ayudarlo a mantenerse bien y pueden incluir un crédito fiscal que de inmediato puede ayudarlo a pagar sus primas de cobertura de la salud.



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si usted o su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para cobertura gratuita.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer una solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Aplicando por la cobertura de salud no afectará su estatus de inmigración la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, o está solicitando para alguien que no sea su cónyuge o familiar menor de 21 años, se debe completar un formulario de representante autorizado (Apéndice C).
- Complete el Apéndice D si tiene 65 años o más o es discapacitado o de cualquier edad y necesita asistencia con el centro de enfermería o la atención basada en la comunidad.
- Complete el Apéndice F si está solicitando cobertura de salud para alguien que necesita un centro de enfermería o atención comunitaria, que tiene entre 19 y 64 años y que no es elegible ni está inscrito en Medicaid.



Solicite más rápido

- En línea en commonhelp.virginia.gov
- Llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282



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, talones de cheques, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico de parte de su trabajo disponible para su familia



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre sus ingresos y lo demás 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 privada y segura como lo requiere la ley.**



¿Qué sigue después?

Si utiliza esta solicitud impresa, envíela completa y firmada al Centro de Correspondencia de Cardinal Care (consulte el PASO 6 para obtener la dirección). Van a seguir en contacto con usted para obtener información adicional. Su solicitud se deberá procesar dentro de los 45 días desde la fecha en que se recibió.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **Por teléfono:** Llame Cover Virginia al 1-855-242-8282.
- **En persona:** Habrá ayudantes de solicitud en su área que pueden ayudar. Visite nuestro sitio web en coverva.dmas.virginia.gov o llame al 855-242-8282 para recibir más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-242-8282.

Si tiene discapacidad visual y necesita una versión en letra grande u otra asistencia para acceder a este documento, comuníquese con nosotros al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al 1-855-242-8282 e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

Es importante que reciba un trato justo.

Guardaremos su información de manera segura y confidencial.

Esta agencia cumple con las leyes federales de derecho civil vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esta agencia no excluye a ninguna persona ni la trata de modo menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Esta agencia brinda a las personas con discapacidades modificaciones razonables y servicios de asistencia gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo, mediante intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Esta agencia también brinda servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, mediante intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

Si considera que la agencia no brindó dichos servicios o discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por correo o teléfono: Civil Rights Coordinator, DMAS 600 E. Broad St. Richmond, VA 23219, teléfono: (804) 786 - 7933 (TTY: 1-800-343-0634). Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de DMAS está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja electrónica de derecho civil ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Podrá encontrar los formularios de quejas en: <https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Esta notificación está disponible en <https://coverva.dmas.virginia.gov/non-discrimination/>

Si tiene discapacidad visual y necesita una versión en letra grande u otra asistencia para acceder a este documento, comuníquese con nosotros al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos una persona adulta de la familia que sea el contacto para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado
14. Número de teléfono	15. Otro número de teléfono		

16a. Necesitamos saber la mejor manera de estar en contacto con usted sobre esta aplicación y su cobertura de salud si usted es elegible.
¿Desea leer los avisos sobre su solicitud electrónicamente?

Sí. Quiero leer mis notificaciones en línea. (Si seleccionó la opción, siga a la próxima pregunta.)

No. Quisiera que las notificaciones me las manden por correo.

b. Será contactado cuando las notificaciones estén listas para usted. ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted?

(Elige una opción) El número celular _____

La dirección de correo electrónico _____

Usted puede cambiar sus preferencias de comunicación y avisos en cualquier momento.

17. ¿Cuál es su idioma oral o escrito preferido (si no es el inglés)? _____

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 esposo/a
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted (incluidos los hijastros)
- Ambos padres viven en la casa (para un menor de 21)
- 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 no casada si no tienes niño juntos en el hogar

- Los hijos de su pareja no casada
- 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

Para niños menores de 21 años que necesitan cobertura:

- Incluya a estas personas incluso si no están solicitando cobertura de salud para ellos mismos: Cualquier padre (o padrastro), hermano, hijo o hija (incluidos los hijastros) con los que vive y cualquier otra persona incluida en la misma declaración de impuestos federales.

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 incluya los otros adultos y niños. Si usted tiene más de 2 personas en su familia, necesitará incluir copias del formulario complementario de Persona Adicional de una sola página 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.

¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al **1-855-242-8282** e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted mismo, su esposo/a y los hijos (incluidos los hijastros) que viven con usted y/o cualquier otra persona que aparezca en su declaración de impuestos en caso de que presente una. Incluya a ambos padres que vivan en la casa (para un menor de 21). Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	2. ¿Es usted? Casada/o	Nunca se casó
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		4. Sexo	Hombre	Mujer	4a. ¿Cuál es la relación con usted? YO MISMO

5. Número de Seguro Social (SSN) _____

Necesitamos esta parte si quiere cobertura médica y tiene un SSN. Aunque no desea la cobertura médica para usted, el proporcionar su SSN puede acelerar el proceso de su solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos e información adicional para determinar quien es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para obtener un SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-325-0778**.

6. ¿Piensa presentar una declaración federal de impuestos 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 esposo/a?

Sí No

Sí. Nombre del esposo/a: _____

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos?

Sí No

Sí. Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será usted 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 o estuvo embarazada en los últimos 12 meses?

Sí No

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

8. **¿Necesita cobertura médica?** (Incluso aunque tengan Medicare u otro seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos menores)

De NO ser así, pase directamente a las preguntas sobre ingresos en la página 3 y deje el resto de esta página en blanco.

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo.

8a. ¿Si tiene entre 19 y 64 años y no es elegible para una cobertura completa, ¿desea ser evaluado para Plan First (solo cobertura de planificación familiar)?

Sí No Usted NO será evaluado(a) para el Plan First a menos que marque SÍ.

9. ¿Necesita ayuda con las tareas diarias, como bañarse, vestirse, caminar, o para usar el baño para vivir de manera segura en su hogar? **○** ¿Le ha dicho un médico o enfermera que tiene una incapacidad física o enfermedad de largo plazo, enfermedad mental o emocional o problema de adicción?

SÍ No Si seleccionó SÍ, deberá completar el APÉNDICE D o F.

• Apéndice D si tiene 65 años o más, O si tiene Medicare O si tiene una discapacidad

• Apéndice F si tiene entre 19 y 64 años y no tiene Medicare

10. ¿Es usted ciudadano o nacional de los EE.UU.?

Sí No

11. ¿Es usted un ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)

Sí. En caso afirmativo, complete a y b abajo. Luego PASE a la pregunta 13.

No. En caso negativo, continúe con la pregunta 12.

a. Número extranjero (Alien number): _____

b. Número certificado: _____

12. ¿Si usted no es ciudadano o nacional de los EE.UU, tiene un estado migratorio elegible?

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

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de ID del documento: _____

c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996?

Sí No

d. ¿Usted, su cónyuge o sus padres está (n) sirviendo en el ejército de los EE. UU. actualmente o han servido en el pasado?

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. ¿Está usted en la cárcel (detenida o encarcelada)? (Respuesta opcional)

Sí No

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

Fecha de encarcelamiento (mm/dd/aaaa) _____

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

15. ¿Es estudiante de tiempo completo?

Sí No

16. ¿Estuvo en un hogar de acogida a los 18 años de edad o más?

Sí No

En caso afirmativo, en que estado _____

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

Mexicano/a

Mexicano/a Americano/a

Chicano/a

Puertorriqueño/a

Cubano/a

Otro _____

18. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Blanco

Negro o

Afroamericano

Indio Americano o

Nativo de Alaska

Indio Asiático

Chino

Filipino

Japonés

Coreano

Vietnamita

Otro Asiático

Nativo Hawaiano

Guameño o Chamorro

Samoano

Otros Isleños del Pacífico

Otro _____



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

Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con su propia información)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado

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

Sin empleo, No tengo ingresos laborales

Vaya a la pregunta 28.

Empleado autónomo

Vaya a la pregunta 27.

No ingresos de otras fuentes

Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

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

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

22. Nombre del empleador		a. Dirección del empleador	
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	23. Número de teléfono del empleador
24. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____		Por hora Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente	25. Horas promedio trabajadas 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 pagan los gastos de negocio) que recibirá por este trabajo autónomo 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).

Si no los recibe, marque aquí

Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

29. ¿Desea recibir ayuda para pagar las facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses? Si No

En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales de los 3 meses anteriores. \$ _____ \$ _____ \$ _____

30. 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 un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

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

31. 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. ➔

a. Su ingreso total este año \$ _____	b. Su ingreso total el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____
---------------------------------------	---

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

? ¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al 1-855-242-8282. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al 1-855-242-8282 e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-221-1590.

PASO 2: PERSONA 2

Si usted tiene más de dos personas por incluir, llene tantos formularios suplementarios para personas adicionales como necesite.

Complete el Paso 2 para usted mismo, su esposo/a y los hijos (incluidos los hijastros) que viven con usted y/o cualquier otra persona que aparezca en su declaración de impuestos en caso de que presente una. Incluya a ambos padres que vivan en la casa (para un menor de 21). Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	1a. ¿La PERSONA 2 esta? Casada/o Nunca se casó
------------------	----------------	----------	--------	--

2. Fecha de nacimiento	3. Sexo Hombre Mujer	4. ¿Cuál es la relación con usted?
------------------------	--------------------------------	------------------------------------

5. Número de Seguro Social (SSN) _____

Necesitamos esto si usted desea cobertura de salud para la PERSONA 2 y dicha persona tiene número de Seguro Social.

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

De NO ser así, indique la dirección: _____

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

(Usted todavía puede solicitar seguro médico incluso si la PERSONA 2 no presenta declaración de impuestos federales.)

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

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

SÍ. Nombre del esposo/a: _____

b. ¿Reclamará 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. 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. ¿La PERSONA 2 está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí No

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

9. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica? (Incluso si la PERSONA 2 tiene Medicare u otro seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos menores). De **NO** ser así, pase directamente a las preguntas sobre ingresos en la página 5 y deje el resto de esta página en blanco. ➔

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo. ⬇

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

10. ¿Necesita la PERSONA 2 ayuda con sus tareas diarias, como bañarse, vestirse, caminar, o usar el baño para vivir de manera segura en su hogar? **O** ¿Les ha dicho un médico o enfermera que tiene una incapacidad física o una enfermedad a largo plazo, una enfermedad mental o emocional o un problema de adicción? **SÍ** **NO** **Si la PERSONA 2 seleccionó SÍ, deberá completar el APÉNDICE D o F.**

• Apéndice D si tiene 65 años o más, O tiene Medicare O tiene una discapacidad

• Apéndice F si tiene entre 19 y 64 años y no tiene Medicare

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

12. ¿La PERSONA 2 es un ciudadano naturalizado o derivado? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)

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

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

13. ¿Si la PERSONA 2 no es ciudadano o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?

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

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de ID del documento: _____

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿La PERSONA 2, su cónyuge o sus padres está (n) sirviendo en el ejército de los EE. UU. actualmente o han servido en el pasado? Sí No

14. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un hijo menor de 19 años y la persona principal que cuida a este menor? Sí No

15. ¿Está la PERSONA 2 en la cárcel (detenida o encarcelada)? (Respuesta opcional) Sí No

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

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

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

17. ¿La PERSONA 2 estuvo en hogar de acogida a los 18 años de edad o más? Sí No
En caso afirmativo, en que estado _____

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

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

19. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Blanco	Indio Americano o	Filipino	Vietnamita	Guameño o Chamorro
Negro o	Nativo de Alaska	Japonés	Otro Asiático	Samoano
Afroamericano	Indio Asiático	Coreano	Nativo Hawaiano	Otros Isleños del Pacífico
	Chino			Otro _____

PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si la Persona 2 está empleada actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20

La PERSONA 2 no

tiene empleo ni ingresos laborales. Vaya a la pregunta 30.

La PERSONA 2 es

empleado autónomo. Vaya a la pregunta 29.

La PERSONA 2 no

ingresos de otras fuentes. Vaya a la pregunta 31.

TRABAJO ACTUAL 1:

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

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

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

29. Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

- a. Tipo de trabajo _____
- b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se pagan los gastos de negocio) que la PERSONA 2 recibirá por este trabajo autónomo este mes? \$ _____

30. OTROS INGRESOS DE ESTE MES: Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 que la recibe. NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

Si no los recibe, marque aquí

Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

31. ¿La PERSONA 2 desea recibir ayuda para pagar las facturas por servicios médicos de los últimos 3 meses? Sí No

En caso afirmativo, indique los ingresos mensuales de los 3 meses anteriores. \$ _____ \$ _____ \$ _____

32. DEDUCCIONES: Marque todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia que la reciben. Si la PERSONA 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 un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

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

33. INGRESO ANUAL: Completar solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes. Si no espera cambios que se produzcan cambios de los ingresos mensuales de la PERSONA 2, agregue a otro persona o pase a la próxima.



a. Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$ _____	b. Ingresos 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



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

PASO 3

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

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. Si contestó NO, pase a la paso 5

Medicaid _____

FAMIS _____

PlanFirst _____

Medicare _____

Número de Medicare _____

TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber)

Programas de atención médica de la Administración de Veteranos

Cuerpo de Paz _____

Mercado de seguros de Virginia _____

Seguro por el empleador _____

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

¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados? 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

Si a alguna de las personas mencionadas en esta solicitud se le ofrece cobertura de salud en un empleo, complete e incluya el Apéndice A con su solicitud. Si no es así, continúe con el Paso 5.

PASO 5

Lea y firme esta solicitud.

Sus derechos y responsabilidades: Revise la información que aparece a continuación y firme la solicitud.

- Entiendo que autorizo al Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS) y al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) a verificar información sobre mí y sobre mi hogar para determinar la elegibilidad de Medicaid o FAMIS de aquellos que solicitan cobertura.
- Esto significa que verificaremos sus respuestas utilizando la información que tenemos en nuestros registros o fuentes de datos electrónicas como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, podríamos pedirle que nos envíe pruebas.
- Entiendo que DMAS, LDSS y/o sus contratistas pueden intercambiar información relacionada con mi solicitud para asistencia con los servicios de solicitud, inscripción, administración y facturación.
- Tengo permiso de todas las personas cuya información figura en esta solicitud para enviar su información a Medicaid de Virginia y recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.
- Entiendo que las pautas y procedimientos utilizados para determinar la elegibilidad para Medicaid y FAMIS se pueden encontrar en el Manual de Elegibilidad para la Asistencia Médica, ubicado en: dmas.virginia.gov/for-applicants/eligibility-guidance/eligibility-manual/.
- Entiendo que, si yo u otras personas en esta solicitud no calificamos para Medicaid o FAMIS, la información de la solicitud puede enviarse al Mercado de Seguros Médicos de Virginia en marketplace.virginia.gov para determinar la elegibilidad para la cobertura del Mercado de Seguros Médicos.
- Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo mi(s) número(s) de teléfono, se compartirá con LDSS, Cover Virginia, mi MCO y otros contratistas de DMAS. Doy mi consentimiento para que estas entidades me llamen o envíen

mensajes de texto a los números de teléfono que proporcioné, ahora o en el futuro, en relación con mi solicitud, mis necesidades de atención médica y tratamiento, servicios de bienestar, beneficios del plan, elegibilidad, renovación y/o redeterminación, y para otras comunicaciones relacionadas con mi relación con la MCO o con mi cobertura de Medicaid o FAMIS.

- Entiendo que estas llamadas/mensajes de texto pueden realizarse mediante tecnología automatizada, como un sistema de marcación telefónica automática o un mensaje de voz artificial o pregrabado. Reconozco que los mensajes de texto no están encriptados y pueden ser leídos por personas no autorizadas. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos. Cada entidad autorizada a contactarme por mensaje de texto también debe brindarme la oportunidad de cancelar la comunicación por mensaje de texto.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid:

- Sé que debo informar cualquier cambio en la información de esta solicitud dentro de los 10 días posteriores al día del cambio. Puedo llamar a Cover Virginia al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590), contactar o visitar mi LDSS, o visitar CommonHelp.virginia.gov para informar cualquier cambio. Un cambio en la información podría afectar la elegibilidad para la cobertura, ya sea para mí o para algún miembro de mi hogar.

NOTA: Puede encontrar su agencia LDSS en dss.virginia.gov/localagency/index.cgi

- Entiendo que, si yo o un miembro de mi hogar somos elegibles para Medicaid o FAMIS, la cobertura podría proporcionarse a través de una Organización de Atención Médica Administrada (MCO) y Virginia pagará una prima mensual a la MCO en mi nombre.
- Entiendo que podría tener que reembolsar estas primas si fui inscrito (a) porque no reporté información veraz en este formulario o dentro de los 10 días posteriores a un cambio y esto resulta en que yo o algún miembro de mi hogar seamos inscritos en Medicaid o FAMIS sin ser elegibles, incluso si no se recibieron servicios médicos durante esos meses.
- Entiendo que DMAS tiene la responsabilidad de recuperar dinero de los bienes de un afiliado de Medicaid mayor de 55 años. La recuperación solo podrá tener lugar tras el fallecimiento del afiliado y de su cónyuge sobreviviente, y solo si no hay hijos que sean ciegos, discapacitados o menores de 21 años. Los dependientes o herederos del patrimonio también pueden presentar una solicitud por dificultades excesivas para detener o reducir la recuperación si esta resultara en dificultades o gastos significativos. Si se concede la solicitud por dificultades excesivas, DMAS puede renunciar a una parte o a la totalidad de la recuperación; si se deniega, la persona tiene la oportunidad de apelar la decisión.
- Entiendo que, si se me determina que soy elegible y me inscribo en Medicaid o FAMIS, cedo a la agencia de Medicaid nuestros derechos para reclamar y obtener dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales o de terceros. También cedo a la agencia de Medicaid el derecho a reclamar y obtener apoyo médico de mi cónyuge o padre/madre.

¿Algún niño (a) en esta solicitud tiene un padre o madre que vive fuera del hogar?

Sí No

Si algún niño (a) en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, sé que se me podría solicitar que coopere con la agencia que recauda la manutención médica del padre o madre ausente. Si me lo solicitan, puedo informar a la agencia si considero que cooperar para cobrar la manutención médica me causará daño a mí o a mis hijos, y es posible que no tenga que cooperar.

Mi derecho a apelar:

- Si no estoy de acuerdo con el resultado de mi solicitud, tengo derecho a apelar la decisión. Apelar significa solicitar una revisión imparcial de la acción o decisión con la que no estoy de acuerdo. Sé que puedo ser representado por otra persona en el proceso.
- Si considero que Medicaid o FAMIS han cometido un error, puedo comunicarme con el LDSS o llamar a Cover Virginia al 1-855-242-8282. Las instrucciones para presentar una apelación se incluirán en mi notificación y están disponibles en dmas.virginia.gov/appeals.

Renovación de cobertura en años futuros

- Si está inscrito en Medicaid o FAMIS, su elegibilidad se revisará periódicamente. El estado intentará renovar su cobertura mediante fuentes electrónicas para verificar que aún cumple los requisitos.
- Su firma en esta solicitud constituye una aceptación de los derechos y responsabilidades mencionados anteriormente y autoriza al estado a verificar electrónicamente su información utilizando mayoritariamente fuentes de datos. Sin embargo, se requiere un permiso especial para usar la información de su declaración de impuestos y verificar su elegibilidad. Puede cambiar de opinión en cualquier momento sobre el uso de la información de su declaración de impuestos comunicándose con su LDSS o llamando a Cover Virginia.

Autorizo a Medicaid de Virginia para utilizar la información actualizada sobre mis ingresos de mis declaraciones de impuestos durante los próximos:

0 años 1 años 2 años 3 años 4 años 5 años

Nota: Esto no garantiza una revisión automática. Si necesitamos más información, le enviaremos una solicitud.



Firmo este formulario de solicitud bajo pena de perjurio. He proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario y sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono información falsa o incorrecta.

Firma del Solicitante o Representante Autorizado

Fecha (mm/dd/aaaa)

TODAS las personas en el hogar mayores de 21 años (o mayores de 18 años en un hogar sin un padre) que estén renovando o solicitando cobertura médica DEBEN firmar a continuación. Un cónyuge puede firmar por su cónyuge.

Imprimir nombre

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Imprimir nombre

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

PASO 6 Envíe su solicitud completa.

Envíe su solicitud firmada a:

Cardinal Care Correspondence Center
P.O. Box 1820
Richmond, Virginia 23218

Fax o entregue su solicitud firmada a el Departamento Local de Servicios Sociales en la ciudad o condado en el que vive. Visite www.dss.virginia.gov/localagency/index.cgi para obtener los nombres, direcciones y números de fax de todos los Departamentos Locales de Servicios Sociales de Virginia.

RECUERDE: Es posible que deba presentar más formularios como parte de su solicitud. Revise la lista de formularios para asegurarse de presentar una solicitud completa.

Esta solicitud incluye los siguientes formularios:

- **APÉNDICE A: Cobertura médica por empleo:** Complete este formulario si la persona que solicita cobertura es elegible para recibir cobertura médica por empleo.
- **APÉNDICE B: Indígena americano y nativo de Alaska:** Complete este formulario si usted o un miembro de su familia es indígena americano o nativo de Alaska.
- **APÉNDICE C: Representante autorizado y asistentes de solicitud:** Complete este formulario para autorizar a alguien a hablar con nosotros sobre su solicitud, ver su información o actuar en su nombre.

Los siguientes formularios están disponibles en el sitio web de CoverVA o en los Departamentos Locales de Servicios Sociales:

- **Suplemento de una sola página para personas adicionales:** Complete si su solicitud incluye 3 o más personas.
- **APÉNDICE D: 65 años o más, Medicare o Discapacidad:** Complete la solicitud si alguien tiene una discapacidad, tiene 65 años o más, es elegible para Medicare o necesita servicios y apoyos a largo plazo (centro de enfermería o atención comunitaria).
- **APÉNDICE F: Servicios y apoyos a largo plazo para personas de 19 a 64 años:** Complete la solicitud si alguien necesita atención en un centro de enfermería o atención comunitaria, tiene entre 19 y 64 años y no es elegible ni está inscrito en Medicare.



¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al **1-855-242-8282** e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Help in Any Language

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-242-8282 (TTY: 1-888-221-1590).

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590) 번으로 전화해 주십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590).

繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590)

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-242-8282 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-888-221-1590).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-242-8282 (መስማት ለተሳናቸው: 1-888-221-1590)፡፡

اردو Urdu

توجہ: اگر آپ اردو نہیں بولتے ہیں، تو آپ کے لیے لینگویج اسسٹنس سروسز مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590)۔

Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590)

فارسی (Farsi)

توجہ: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590).

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590)।

తెలుగు (Telugu) గమనించండి: మీకు ఇంగ్లీషు రాకపోతే, భాషా సహాయ సేవలు మీకు ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590)కి కాల్ చేయండి.

हिंदी (Hindi) नोट: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा समर्थन सेवाएं आपको मुफ्त में उपलब्ध हैं। कॉल 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590)।

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्न भने, तपाईंलाई नि:शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। 1-855-242-8282 (TTY:1-888-221-1590) मा कल गर्नुहोस्।

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-242-8282 (телетайп:1-888-221-1590).

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 página siguiente al patrón 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 (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado
--	---

Información del empleador

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador	
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. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?		
Sí (En caso afirmativo, complete 13a) No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)		
13a. ¿Su empleador ofrece un plan de salud que cubrirá a su cónyuge y dependientes?		
Sí (En caso afirmativo, complete 13b) No (si no, vaya al #14)		
13b. Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? (mm/dd/aaaa) _____		
Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.		
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*?	Sí	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 empleador tiene programas de bienestar, provea la prima 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 de primas para este plan? \$ _____		
b. ¿Con qué frecuencia?		
Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente
16. ¿Qué cambio hará el empleador para el año nuevo del plan? (si se conoce)		
El empleador no ofrecerá cobertura de salud a partir de (mm/dd/aaaa) _____		
El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.		
* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)		
a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ _____		
b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente		
c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____		
No sé si el empleador hará cambios.		
El empleador no hará ninguno de estos cambios		

*Un plan de salud patrocinado por el 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 menos del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Internal Revenue Code de 1986)

SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del Mercado de seguros. 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 esposo). La información en los espacios numerados abajo es igual a la información 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 espacios 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrezca cobertura de salud para la cual usted reúna los requisitos.



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 del empleador (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/aaaa) _____ (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 esposo 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) (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 prima 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 la prima de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente 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 prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar.

Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa) _____

*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).



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

APÉNDICE B

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 Indios, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Indios. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales mensuales 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
1. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Primer nombre Segundo nombre Apellido	Primer nombre Segundo nombre Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	Sí Nombre de la tribu _____ No	Sí Nombre de la tribu _____ No
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o por medio de una referencia de uno de estos programas?	Sí No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? Sí No	Sí No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o por medio de una referencia de uno de estos programas? Sí 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 estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • 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) • Dinero de la venta de cosas que tienen una significancia cultural	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

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 alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales local. Si usted solicita en nombre de alguien que no es su esposo/a o familiar, debe completar un formulario de representante autorizado (Apéndice C). Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)			
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)	
Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial acerca de esta aplicación y actuar por usted sobre todos los asuntos futuros con esta agencia.			
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa)	

O

¿Hay alguien más con quien le gustaría que compartamos su información sobre esta solicitud?

1. Confiero permiso a (nombre) y/o (nombre de la organización)			
2. Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
3. Número de teléfono		4. Número de identificación (si correspondiere)	
Para que reciba información sobre elegibilidad e inscripción relacionada con mi solicitud/caso. También otorgo permiso al Departamento de Servicios Sociales y/o al Departamento de Servicios de Asistencia Médica para divulgar información sobre dicha solicitud a esta persona/ organización.			
5. Su firma		6. Fecha (mm/dd/aaaa)	

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID)	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN

 **¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD?** Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al **1-855-242-8282** e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.

Certificación de agencia de inscripción de votantes de la Commonwealth de Virginia

Si no está inscripto para votar donde vive en la actualidad, ¿le gustaría solicitar inscribirse para votar?

Sí, me gustaría solicitar inscribirme para votar.

No, no quiero inscribirme para votar.

SI NO MARCA NINGÚN CASILLERO, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR ESTA VEZ.

- Solicitar inscribirse para votar o rechazar inscribirse para votar no afectará la asistencia o servicios que esta agencia le prestará.
- Si rechaza inscribirse para votar, este hecho permanecerá bajo confidencialidad. Si se inscribe para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá en confidencialidad y sólo se utilizará con fines de inscripción de votantes.
- Si le gustaría recibir ayuda para completar el formulario de inscripción de votante, le ayudaremos. La decisión sobre buscar ayuda o aceptarla depende de usted. Usted puede completar este formulario en privado si lo desea.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rechazar inscribirse para votar, su derecho a la privacidad en lo referido a la decisión de inscribirse o a solicitar inscribirse para votar, puede presentar una queja ante la Secretaría de la Junta de Elecciones del Estado de Virginia:

Secretary of the Virginia State Board of Elections
Washington Building
1100 Bank Street
Richmond, VA 23219-3497
804-864-8901

(para uso exclusivo de la agencia)

Formulario de inscripción de votante completado: Sí No

Formulario de inscripción de votante entregado al solicitante para su posterior envío por correo postal (a pedido del solicitante):

Firma del personal de la agencia

Fecha (mm/dd/aaaa)



¿NECESITAS AYUDA CON TU SOLICITUD? Visite coverva.dmas.virginia.gov o llámenos al **1-855-242-8282**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea español, llame al **1-855-242-8282** e infórmele al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin coste alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-221-1590**.