

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES MO HEALTHNET

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME ABAJO.

- Yo / nosotros estamos de acuerdo en proporcionar los números de Seguro Social de todas las personas que soliciten la MO HealthNet como exige la ley. El Número de Seguro Social se usa para determinar la elegibilidad y verificar información.
- Yo / nosotros estamos de acuerdo ser evaluados para el Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPD) si yo o los miembros de la familia están empleados o perdieron el empleo en los últimos 30 días y el empleador o ex empleador ofrece seguro de salud de grupo.
- Yo / nosotros estamos de acuerdo que pueden verificarse las declaraciones y la información proporcionada.
- Yo / nosotros a informar de cualquier cambio en las circunstancias dentro de los diez días siguientes cuando se producen.
- Yo / nosotros sé que es contra la ley para obtener o intentar obtener beneficios de los que soy / no tenemos derecho. Cualquier reclamación falsa declaración, o la ocultación de cualquier hecho relevante que sea, en su totalidad o en parte, pueden someter a mí / nosotros a un proceso penal y / o civil.
- Yo / nosotros estamos de acuerdo que al ser determinado elegible para MO HealthNet para un niño que sea privado de apoyo de los padres, he / hemos asignado todos los derechos de apoyo médico en el estado de Missouri, y que debo / debemos cooperar para establecer la paternidad y obtener apoyo médico, a menos que tengo / tenemos una buena causa. La falta de cooperación no afecta la elegibilidad de un niño.
- Yo / nosotros entendemos los beneficios de salud sobre la base de una persona de ser mayores de 65 años, ciego o discapacitado no está determinada por completar esta solicitud. Para obtener los beneficios de salud exploradas sobre la base de ser mayores de 65 años, ciego o incapacitado, debo / debemos completar una solicitud diferente para estos ben.
- Yo / nosotros entendemos la aceptación de MO HealthNet constituye una cesión de derechos a la Concejalía de Servicios Sociales, División de MO HealthNet para el pago de la atención médica de un tercero.
- Yo / nosotros estamos de acuerdo que la información médica acerca de mí y / o mi familia puede ser liberada si es necesario para el tratamiento, el pago de gastos médicos, operaciones de cuidado de salud, y / o para administrar este programa.
- Si estoy / somos encontrados para ser elegibles para MO HealthNet I / sabemos que el estado de Missouri pagará por los servicios cubiertos en mi / nuestro nombre y acepto que el estado puede presentar un reclamo en contra mi / nuestra propiedad para recuperar toda la ayuda recibida.

Nombre	DCN
Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar los Costos

Cosas que necesita saber

Use esta aplicación para ver que

Opciones de cobertura que usted tiene derecho

- Planes de seguros privados de salud asequibles que ofrecen amplia cobertura de ayuda a conservar la salud
 - Un nuevo crédito fiscal que puede ayudar de inmediato a pagar sus primas de cobertura de salud
 - Seguro gratuito o de bajo costo de MO HealthNet
- Usted puede calificar para un programa gratuito o de bajo costo, incluso si usted gana tanto como \$94,000 al año (para una familia de 4).**

¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para solicitar para cualquiera de su familia.
- Aplicar incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud. Usted podría ser elegible para la cobertura de bajo costo o gratis.
- Familias que incluyen inmigrantes pueden aplicar usted puede solicitar para su hijo, incluso si usted no es elegible para la cobertura. La aplicación no afectaría su estatus migratorio o en las posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le está ayudando a llenar esta solicitud, es posible que necesite completar el Apéndice C.

Solicitar más rápido en línea

Solicitar más rápido en línea en mydss.mo.gov.

Lo que puede necesitar para aplicar

- Números de Seguro Social (o números de documentos para cada inmigrante legal quien necesite seguro)
- Empleador y la información de ingresos de su familia (por ejemplo, recibos de pago, formas W-2, ó de salarios e impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro de salud actual
- Información sobre seguro de salud relacionado con el trabajo a disposición de su familia.

¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos información sobre sus ingresos para saber que tipo de cobertura califica y si usted puede conseguir ayuda para pagar por ello. **Mantendremos toda la información que usted proporciona, privada y segura, como lo requiere la ley.**

¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada, a la dirección que aparece en página 7. **Si usted no tiene toda la información que pedimos, firme y envíe su solicitud de todas maneras.** Haremos seguimiento con usted. Usted recibirá instrucciones de los pasos a seguir para completar su cobertura de salud. Si usted no oye de nosotros, llame al **1-855-373-9994**. Llenar esta solicitud no significa que usted tiene que comprar la cobertura de salud.

Obtener ayuda con esta solicitud

- **En línea:** mydss.mo.gov
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de Contacto al **1-855-373-9994**.
- **En persona:** Llame a cualquier oficina local de División de Apoyo Familiar o puede haber consejeros en su área que pueden ayudar, visite HealthCare.gov o llame al **1-800-318-2596** para más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-373-9994**.



PASO 1 Cuéntenos Acerca de Usted

Usted obtuvo esta solicitud de:

Escuela Pública Prov. Cuidado Infantil Licencia
 Otro

(Necesitamos un adulto de la familia que sea la persona de contacto en la solicitud)

1. Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo.			
2. Dirección de su residencia (Deje en blanco si no tiene una.)			3. Número de Apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado
8. Dirección de envío (si es diferente de la dirección de residencia)			9. Número de Apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado
14. Número Telefónico () -		15. Otro número telefónico () -	
16. ¿Quiere recibir información de esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Dirección de Correo Electrónico: _____			
17. Prefiere language hablado o escrito (si no es Inglés)			

PASO 2 Cuéntenos acerca de su familia.

¿A quién se debe incluir en esta solicitud?

Cuéntenos acerca de todos los miembros de la familia que viven con usted. Si usted declara impuestos necesitamos saber acerca de cada uno en su declaración de impuestos. (Usted no tiene que presentar declaraciones de impuestos para obtener cobertura de salud).

A QUIEN Incluir:

- Usted mismo
- Su conyuge
- Sus niños menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja, quien necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años a quien cuida o vive con usted

NO TIENE QUE Incluir:

- Su pareja quien no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja
- Sus padres que viven con usted, pero que presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21)
- Otros parientes adultos que presenten su propia declaración de impuestos

El importe de la ayuda o el tipo de programa que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a hacer que todos tengan la mejor cobertura posible.

Completar el Paso 2 para cada persona en su familia. Comience con usted mismo, a continuación, añadir otros adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, usted tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario el proporcionar el estado de inmigración o un Número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no necesitan seguro médico. Vamos a mantener toda la información que usted proporciona de una manera privada y segura como lo requiere la ley. Nosotros utilizamos la información personal para verificar si usted es elegible para la cobertura de salud.



Para obtener ayuda esta aplicación visite mydss.mo.gov o llame 1-855-373-9994.

MO 886-4537 (10-13)

PASO2: PERSONA 1 (Comience con Usted Mismo)

Completar el paso 2 para usted, su cónyuge / pareja y los niños que viven con usted y / o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información acerca de quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, no olvide añadir aún los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo.		2. ¿Relación con usted? YO
3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____

Necesitamos esto si usted quiere una cobertura de salud y tener un número de seguro social. Proporcionar su número de seguro social puede ser útil si no quiere también un seguro médico, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para verificar ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda a obtener un número de Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Tiene planes para presentar una declaración de impuestos federales el PROXIMO AÑO?

(Usted todavía puede solicitar seguro médico, incluso si usted no presenta una declaración de impuestos federales.)

SI. Si es así, por favor responda las preguntas a–c. **NO. Si es no**, vaya a c

a. ¿Va a presentar conjuntamente? Si No

Si es así, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Va a reclamar algún dependiente en sus impuestos? Si No

Si es así, lista de nombre(s) de dependientes: _____

c. ¿Va a ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Si No

Si es así, por favor indique el nombre del contribuyente: _____

¿Cuál es su relación con el contribuyente? _____

7. ¿Esta embarazada? Si No a. **Si es así**, ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____

8. ¿Necesita cobertura de salud?

(Aun así si tiene seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menores costos.)

SI. Si es así, conteste a todas las preguntas de abajo.



NO. Si es no, PASE a las preguntas de ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.



9. ¿Tiene condiciones físicas, mentales o emocionales de salud que provoca limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.) o vive en un centro médico o casa de asistencia? Si No

10. ¿Es usted un ciudadano o nacional de E.U.? Si No

11. Si usted no es ciudadano o nacional de E.U., ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Si. Introduzca el tipo de documento y el número de identificación a continuación.

a. Tipo de Documento de Inmigración _____

b. Número de Identificación del Documento _____

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Si No

d. ¿Es usted, su conyuge, o su padre un veterano un miembro en servicio activo de los militares de los Estados Unidos? Si No

12. ¿Necesita ayuda en pagar cuentas médicas con fecha de hace 3 meses? Si No

13. ¿Vive usted con al menos un hijo de 19 años y es usted la principal persona a cargo de este niño? Si No

14. ¿Es usted estudiante a tiempo completo? Si No

15. ¿Estuvo en cuidado de crianza hasta los 18 años o más? Si No

16. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todas las que aplique.)

Mexicano Mexico-Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

17. Raza (OPCIONAL—marque todas las que aplique.)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guamayano o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoanés
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiiiano	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____



Para obtener ayuda esta aplicación visite mydss.mo.gov o llame 1-855-373-9994.

MO 886-4537 (10-13)

PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con usted mismo)

Empleo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si está actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 18.

Sin Empleo

Salte a la pregunta 28.

Trabajador Independiente

Salte a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre y Dirección del Empleador _____ 19. Número telefónico del Empleador
() -

20. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____

21. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

TRABAJO ACTUAL 2: (si usted tiene más puestos de trabajo y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre y Dirección del Empleador _____ 23. Número telefónico del Empleador
() -

24. Salarios/propinas (antes impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____

25. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

26. En el último año, usted: Cambio de empleo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

27. Si es trabajador independiente, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes?

\$ _____

28. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda y dar la cantidad y la frecuencia con que usted lo consigue.

NOTA: Usted no tiene que decirnos sobre manutención de los hijos, el pago de veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleado \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguridad Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuentas de Retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensión Alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto Agricultura/Pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto Alquiler/Regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otro ingreso \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo: _____

29. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, y dar la cantidad y la frecuencia con que usted lo consigue.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, que nos dice acerca de ellos, podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

NOTA: Usted no debe incluir un costo que ya consideró en la respuesta de ingreso neto como trabajador independiente (pregunta 27b).

Pensión Alimenticia Pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses de Préstamos Estudiantiles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo: _____

30. **INGRESO ANUAL:** Completar solamente si su ingreso cambia mes con mes. Si usted no espera cambios en su ingreso mensual, salte a la siguiente persona. 

Su ingreso total de este año
\$ _____

Su ingreso total el próximo año (si piensa que será diferente)
\$ _____

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



Para obtener ayuda esta aplicación visite mydss.mo.gov o llame 1-855-373-9994.

MO 886-4537 (10-13)

PASO 2: PERSONA 2

Completar el paso 2 para usted, su cónyuge / pareja y los niños que viven con usted y / o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información acerca de quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, no olvide añadir aún los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido y Sufijo _____ 2. ¿Relación con usted? _____

3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ 4. Sexo Masculino Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____
Necesitamos esto si usted quiere una cobertura de salud y tener un SSN.

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? Sí No
Si es no, de la dirección: _____

7. ¿La PERSONA 2 planea presentar una declaración de impuestos federales el PROXIMO AÑO?
(Usted todavía puede solicitar seguro médico, incluso si usted no presenta una declaración de impuestos federales)

SI. Si es así, por favor conteste las preguntas a–c. **NO. Si es no**, salte a la pregunta c.

a. ¿La PERSONA 2 presentará conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si es así, nombre del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 2 reclamará algún dependiente en sus impuestos? Sí No

Si es así, lista de nombre(s) de dependientes: _____

c. ¿La PERSONA 2 será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si es así, por favor indique el nombre del contribuyente: _____

La PERSONA 2 ¿cómo esta relacionada al contribuyente? _____

8. ¿La PERSONA 2 esta embarazada? Sí No a. **Si es así**, ¿ cuántos bebés espera en este embarazo? _____

9. ¿La PERSONA 2 necesita cobertura de salud?
(Aun así si tiene seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o menores costos.)

SI. Si es así, responda a todas las preguntas de abajo.  **NO. Si es no**, SALTE a las preguntas sobre ingresos en la página 5. 
Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿La PERSONA 2 tiene condiciones físicas, mentales o emocionales de salud que provoca limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.) o vive en un centro médico o casa de asistencia? Sí No

11. ¿La PERSONA 2 es ciudadano o nacional de E.U.? Sí No

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadano o nacional de E.U.**, ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí Introduzca el tipo de documento y el número de identificación a continuación.

a. Tipo de Documento _____ b. Número de Identificación del Documento _____

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en E.U. desde 1996? Sí No d. ¿La PERSONA 2, o su cónyuge o su padre un veterano un miembro activo de la milicia de E.U.? Sí No

13. ¿La PERSONA 2 necesita ayuda en pagar cuentas médicas con fecha de hace 3 meses? Sí No

14. ¿La PERSONA 2 vive al menos con un hijo menor de 19 años, y usted es la principal persona a cargo de ese niño? Sí No

15. ¿La PERSONA 2 estuvo en cuidado de crianza hasta los 18 años o más? Sí No

Por favor conteste las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o es más joven:

16. ¿La PERSONA 2 tuvo seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No
a. **Si es así**, fecha de finalización: _____ b. Motivo del término del seguro: _____

17. ¿La PERSONA 2 es estudiante a tiempo completo? Sí No

18. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todas las que aplique.)**
 Mexicano Mexico-Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. **Raza (OPCIONAL—marque todas las que aplique.)**
 Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Filipino Vietnamés Guamayano o Chamorro
 Negro o Afro Americano Indio Asiático Japonés Otro Asiático Samoanés
 Chino Coreano Nativo Hawaiiano Otro Isleño del Pacífico Otro _____

Ahora, cuéntenos del ingreso de la PERSONA 2 atrás. 



Para obtener ayuda esta aplicación visite mydss.mo.gov o llame 1-855-373-9994.

PASO 2: PERSONA 2

Empleo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si está actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 20.

Sin Empleo

Salte a la pregunta 30.

Trabajador Independiente

Salte a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y Dirección del Empleador

21. Número telefónico del Empleador

() -

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (si usted tiene más puestos de trabajo y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y Dirección del Empleador

25. Número telefónico del Empleador

() -

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año, la PERSONA 2: Cambió de Empleo Dejó de Trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si es trabajador independiente, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda, y dar la cantidad y la frecuencia con que usted lo consigue.

NOTA: Usted no tiene que decirnos sobre manutención de los hijos, el pago de veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleado \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto Agricultura/Pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto Alquiler/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguridad Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otro ingreso \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuentas de Retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo: _____

Pensión Alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, y dar la cantidad y la frecuencia con que usted lo consigue.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federal, que nos dice acerca de ellos, podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

NOTA: Usted no debe incluir un costo que ya consideró en la respuesta de ingreso neto como trabajador independiente (pregunta 29b).

Pensión Alimenticia Pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses de Préstamos Estudiantiles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo: _____

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

El ingreso total de la PERSONA 2 este año

\$ _____

El ingreso de la PERSONA 2 el próximo año (si piensa que será diferente)

\$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber de la PERSONA 2.

Si usted tiene más de dos personas por incluir, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y complételas.



Para obtener ayuda esta aplicación visite mydss.mo.gov o llame 1-855-373-9994.

MO 886-4537 (10-13)

PASO 3 Miembro(s) de la Familia de Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

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

- Si es **No**, salte al paso 4.
- Si. Si es así**, vaya al apéndice B.

PASO 4 La Cobertura de Salud de su Familia

Conteste a estas preguntas para quienes necesiten cobertura de salud.

1. ¿Hay alguien ahora que se inscribió en la cobertura de lo siguiente?

- SI. Si es así**, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre (s) de la persona (s) junto a la cobertura que tienen **NO.**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Seguro del Empleador _____ |
| <input type="checkbox"/> CHIP _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ | Número de Póliza: _____ |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No marque si tiene cuidado directo o Cumplimiento del Deber) | ¿Esto es cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | ¿Esto es plan de salud de retiro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Programas de cuidado VA Health _____ | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Peace Corps _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| | Número de Póliza: _____ |
| | ¿Este es un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)? |
| | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

2. ¿Hay alguien que aparece en esta aplicación que se le ofreció la cobertura de salud de un trabajo? Marque sí, incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge.

- SI. Si es así**, necesitará completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan de beneficios del empleado del estado? Si No
- NO. Si es no**, continúe con el Paso 5.

3. ¿Es usted, o cualquier mujer en su casa, o cualquier mujer que es reclamada como dependiente fiscal entre las edades de 18 y 55 en la necesidad de servicios de planificación familiar? (Servicios incluyen control de natalidad, ocultación de STD, etc.)

- SI.** **NO.**

Si es así, por favor liste los individuos: _____



PASO 5 Lea y Firme esta Solicitud.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio que significa que he dado verdaderas respuestas a todas las preguntas en esta forma a lo mejor de mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o no verdadera.
- Sé que tengo que decirle a la División de Apoyo a la Familia si algo cambia (y es diferente que) lo que he escrito en esta solicitud. Puedo visitar mydss.mo.gov o llamar al **1-855-373-9994** para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para miembro (s) de mi hogar.
- Sé que bajo la ley federal, la discriminación no está permitida sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación, visitando <http://dss.mo.gov/files/missouri-nondiscrimination-policy-statement.htm>
- Confirmando que nadie que solicita un seguro de salud en esta solicitud es encarcelado (detenido o encarcelada). Si no, _____ es encarcelado.
(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si usted decide aplicar. Comprobaremos sus respuestas utilizando la información de nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, y / o una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe comprobantes.

Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud para los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que la División de Apoyo a la Familia de utilizar los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. La División de Apoyo a la Familia me enviará una notificación, vamos a hacer los cambios, y puedo optar en cualquier momento.

Si, renueve mi elegibilidad automáticamente para el próximo año:

- 5 años (el número de años permitidos), o para un número menor de años:
 4 años 3 años 2 años 1 año No utilizar la información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Si hay alguien en esta solicitud es elegible para MO HealthNet

- Le estoy dando nuestro derecho a la División de Apoyo a la Familia para perseguir y conseguir dinero de otro seguro de salud, acuerdos legales, o de terceros. También le doy los derechos a la División de Apoyo Familiar para perseguir y obtener apoyo médico de un cónyuge o padre.
- ¿Hay algún niño en esta solicitud tiene un progenitor que vive fuera de la casa? Si No
- Si es así, sé se me pedirá en cooperar con la agencia que recoge el apoyo médico de un padre ausente. Si pienso que la cooperación para cobrar la manutención médica hará daño a mí o a mis hijos, le puedo decir a la División de Apoyo a la Familia y no tendré que cooperar.

Mi derecho a apelar

Si pienso que la División de Apoyo a la Familia ha cometido un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en la División de Apoyo a la Familia que creo que la acción está equivocada, y pedir una revisión justa de la acción. Sé que puedo averiguar cómo apelar llamando al Centro de Contacto al **1-855-373-9994**. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo. Mi elegibilidad y otra información importante se me explicarán.

Firme esta solicitud. La persona que completa el paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, usted puede firmar aquí, siempre que haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

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

PASO 6 Envíe la solicitud completa.

Envíe su solicitud firmada a:

**PO BOX 1010
Union, MO 63084**

Si se quiere registrar para votar, usted puede completar la forma de registro de votante en <http://www.sos.mo.gov/elections/goVoteMissouri/register.aspx>



Para obtener ayuda esta aplicación visite mydss.mo.gov o llame 1-855-373-9994.

MO 886-4537 (10-13)

APENDICE A

Cobertura de Salud de Empleos

Usted **NO NECESITA** responder a estas preguntas a menos que alguien en el hogar es elegible para la cobertura de salud de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada puesto de trabajo que ofrece cobertura.

Cuéntenos acerca del **trabajo** que ofrece la cobertura.

Tome la Herramienta de Cobertura de su Empleador en la página de al lado del empleador que ofrece cobertura para ayudar a responder estas preguntas. Sólo es necesario incluir esta página al enviar su solicitud, no la Herramienta de la Cobertura del Empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del Empleado (Primero, Segundo, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado _____-_____-_____
---	--

Información del EMPLEADO

3. Nombre del Empleado	4. Número de Identificación del Empleado (EIN) _____-_____-_____	
5. Dirección del Empleado	6. Número telefónico del Empleado () - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del Empleado en este trabajo?		
11. Número telefónico (si es diferente del de arriba) () - _____	12. Dirección de Correo Electrónico	

13. ¿Está usted actualmente elegible para la cobertura que ofrece esta empresa, o va a ser elegible en los próximos 3 meses?

Si (Continúe)

13a. Si se encuentra en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? _____
(mm/dd/aaaa)

Dé los nombres de alguien más quien es elegible para la cobertura de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Cuéntenos acerca del **plan de salud** ofrecido por este **empleador**.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el de valor mínimo estándar*? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. Para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo estándar * ofrecido sólo para el empleado (no se incluyen los planes de la familia): Si el empleador tiene programas de la salud, proporcionar la prima que el empleado pagaría si él / ella recibirá el descuento máximo para los programas para dejar de fumar, y no recibieron ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar. a. ¿Cuánto el empleado tendría que pagar de prima para este plan? \$ _____ b. ¿Frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
16. ¿Qué cambio tendrá que hacer el empleador para el nuevo año? (si se conoce) <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecera cobertura de salud <input type="checkbox"/> El Empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (Premium debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. (Vea la pregunta 15) a. ¿Cuánto el empleado tendrá que pagar de las primas de ese plan? \$ _____ b. ¿Frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación de los costos de los beneficios permitidos totales cubiertas por el Plan que no es menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



HERRAMIENTA DE COBERTURA

Utilice esta herramienta para ayudar a responder preguntas en el Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud de su empleador que usted es elegible para recibir (incluso si se trata de un trabajo de otra persona, como un cónyuge). La información en los cuadros numerados debajo coinciden con las cajas en el Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe coincidir con la pregunta 14 en el Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pedir al empleador que llene el resto del formulario. Completar una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura de salud.



Información del Empleado

El **empleado** necesita llenar esta sección.

1. Nombre del Empleado (Primero, Segundo, Apellido)	2. Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
---	---



Información del EMPLEADOR

Pregunte al **empleador** esta información.

3. Nombre del Empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN) _____ - _____	
5. Dirección del Empleador (la División de Apoyo Familiar enviará avisos a esta dirección)	6. Número telefónico 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 telefónico (si es diferente del de arriba) () - _____	12. Dirección de Correo Electrónico	

13. ¿El empleado actualmente es elegible para la cobertura que ofrece esta empresa, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?

Si (Continúe)

13a. Si el empleado no tiene derecho hoy en día, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo estará elegible el empleado para la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continúe)

No (PARE y regrese esta forma al empleado)

Cuéntenos sobre el **plan de salud** de este **empleador**.

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubre al cónyuge o a un dependiente de un empleado?

Si ¿Qué personas? Cónyuge Dependiente (s)

No

(Vaya a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*?

Si (Vaya a la pregunta 15) No (PARE and regrese esta forma al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo estándar * ofrecido **sólo para el empleado** (no se incluyen los planes de la familia): Si el empleador tiene programas de la salud, proporcionar la prima que el empleado pagaría si él / ella recibirá el descuento máximo para los programas para dejar de fumar, y no recibieron ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto el empleado tendría que pagar de prima para este plan? \$ _____

b. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Si el año del plan terminará pronto y sabe que los planes de salud que ofrecidos van a cambiar, pase a la pregunta 16. Si usted no sabe, PARE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambiará el empleado para el plan del próximo año?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador empezara a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiara la prima para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar del valor mínimo.* (Premium debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. (Vea la pregunta 15)

a. ¿Cuánto el empleado tendrá que pagar de las primas de ese paln? \$ _____

b. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación de los costos de los beneficios permitidos totales cubiertas por el plan que es no menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



APENDICE B

Miembro(s) de la Familia de Indio Americano o Nativo de Alaska (IA/AN)

Completar este Apéndice si usted o un miembro de la familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Enviar esto con su Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar Costos.

Cuéntenos acerca de los miembros de su familia que son Indio(s) Americano(s) o Nativo(s) de Alaska (IA/AN)

Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribales, o programas de salud para indígenas urbanos. También puede que no tenga que pagar el costo compartido y pueden tener períodos especiales mensuales de inscripción. Responde a la siguiente pregunta para asegurarse de que su familia recibe la mayor ayuda posible.

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

	AI/AN PERSONA 1		AI/AN PERSONA 2	
	Primer	Segundo	Primer	Segundo
1. Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre y Apellido)	Apellido		Apellido	
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Si Si es así, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si Si es así, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	
3. ¿ Esta persona alguna vez ha conseguido un de Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o el programa de salud de la Indio urbano, o a través de una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es no, ¿está esta persona con derecho a recibir servicios de Servicio de Salud Indígena, los programas de salud tribales, o los programas de salud para indígenas urbanos, o a través de una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es no, ¿está esta persona con derecho a recibir servicios de Servicio de Salud Indígena, los programas de salud tribales, o los programas de salud para indígenas urbanos, o a través de una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4. Cierta dinero recibido no puede ser contado por MO HealthNet. Anote cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) informó sobre la aplicación que incluye el dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de los recursos naturales, los derechos de uso, arrendamientos y regalías • Los pagos de los recursos naturales, la agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de tierras designadas como tierras indias fiduciarias por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las reservas anteriores) • El dinero de la venta de las cosas que tienen importancia cultural 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____		\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	



APENDICE C

Asistencia en Completar esta Solicitud

Usted puede escoger un representante autorizado.

Usted puede dar a una persona el permiso de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información, y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información acerca de su solicitud y de firmar la solicitud en su nombre. Esta persona se llama un "representante autorizado". Si alguna vez tiene que cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con la División de Apoyo a la Familia. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presentar la prueba de la aplicación.

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 telefónico () —		
8. Nombre de la Organización		9. Número de ID (si aplica)
Al firmar, usted permite que esta persona firme su aplicación, obtener información oficial sobre esta solicitud, y actuar en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa)

Solo para consejeros de solicitud certificados, navegadores, agentes y corredores de bolsa.

Completar esta sección si es un consejero certificado de aplicaciones, navegador, agente o corredor de bolsa si está llenando esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Primer Nombre, Segundo Nombre, y Sufijo	
3. Nombre de la Organización	4. Número de ID (si aplica)

