

PASO 2: PERSONA

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? Si 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? Si No

Si es así, nombre del cónyuge: _____

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

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

12. Si la PERSONA 2 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 _____

b. Número de Identificación del Documento _____

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en E.U. desde 1996? Si No

d. ¿La PERSONA 2, o su cónyuge o su padre un veterano un miembro activo de la milicia de E.U.? Si No

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

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

a. **Si es así**, fecha de finalización: _____ b. Motivo del término del seguro: _____

17. ¿La PERSONA 2 es estudiante a tiempo completo? Si 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 Hawaiano Otro Isleño del Pacífico Otro _____

Ahora, cuéntenos del ingreso de la PERSONA 2 atrás 

PASO 2: PERSONA

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 28.

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 impuestos) Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA _____

28. En el u Cambio 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? _____

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: _____

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 27b).

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 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 esta persona.