



Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS001

INSTRUCCIONES: *Complete su solicitud con la mayor cantidad de datos que pueda. Si puede contestar todas las preguntas, será muy útil. No se olvide de firmar su solicitud en la Sección 5 de la página 1.*

1. Si usted está completando esta solicitud en nombre de otra persona y no vive en su hogar, por favor indique su nombre abajo y su información de contacto en la sección 33. Si usted lo hace en nombre de otra persona y vive en el mismo hogar que ella, indique su información en la Sección 21:

Nombre de pila	In.	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Información para la persona que necesita asistencia: (se pueden agregar personas en la Sección 21)

Marque qué ayuda necesita esta persona: Cobertura de salud No solicita

Si se marca Cobertura de salud y usted no reúne los requisitos para los beneficios completos, ¿desea que se lo tenga en cuenta para Servicios de planificación familiar solamente? Sí No

Si marca No solicita, indicar el número de Seguro Social es opcional.

Nombre de pila	In.	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	Número de Seguro Social	Género:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

3. Domicilio particular: Número y calle Apartamento/Número de lote

Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Condado:	Número de teléfono:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuántas personas viven en este domicilio incluyéndolo a usted?

USO OFICIAL SOLAMENTE

4. Dirección postal (Si es diferente de su domicilio particular):

Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Firma obligatoria

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información que proporcioné en esta solicitud, cualquier documento adjunto e información proporcionada durante el proceso de decisión están completos y son correctos a mi saber y entender, incluyendo la ciudadanía y condición inmigratoria de cada solicitante.

Firma

Fecha (mm-dd-aaaa):

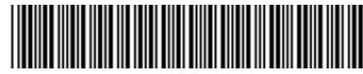
Firma del testigo, si firma con "X"





Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS002

6. Etnia/Raza (Opcional)

Etnia: ¿Es hispano o latino? Sí No

Raza: (marque todo lo que corresponda) Blanco Negro o afro-americano Asiático Multirracial
 Indo-americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

Si es Indo-americano o nativo de Alaska, conteste las siguientes preguntas:

¿Usted es miembro de una tribu reconocida federalmente? Sí No

Si contestó Sí, indique el nombre de la tribu

¿Usted ha recibido un servicio del Indian Health Service, un programa de salud tribal, o un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de uno de estos programas? Sí No

Si no, ¿usted reúne los requisitos para recibir servicios del Indian Health Service, programas de salud tribales, o programas de salud indígenas urbanos, o a través de una derivación de uno de estos programas? Sí No

7. Información sobre ciudadanía/condición inmigratoria

Si marcó No solicita, y debe saltar a la Sección 9.

¿Usted es ciudadano o nativo de los EE.UU.? Sí No

Si contesta no, seleccione su condición inmigratoria:

Residente permanente Con asilo político En libertad condicional Sin documentos disponibles

Refugiado Cubano/Haitiano Amerasiático

Otro

Fecha de otorgamiento: (mm-dd-aaaa) - - Fecha de entrada a los EE.UU. (mm-dd-aaaa) - -

Tipo de Documento

Número de Documento Fecha de nacimiento que aparece en el documento (mm-dd-aaaa): - -

Nombre, como aparece en el documento: Nombre de pila In. Apellido

País emisor del pasaporte (Si usa pasaporte para probar su condición inmigratoria)

¿Usted, su cónyuge o su padre/madre son veteranos o miembros activos de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

8. Información adicional para la persona que necesita asistencia

¿Usted vive con al menos un niño menor de dieciocho (18), y es usted la persona principal que lo cuida al niño? Sí No

¿Usted está embarazada? Sí No Si contesta Sí, ¿cuántos bebés espera en este embarazo?

Fecha de inicio del embarazo (mm-dd-aaaa) - - Fecha probable de parto (mm-dd-aaaa) - -

¿Usted es ciego? Sí No ¿Usted es discapacitado? Sí No ¿Usted está preso? Sí No

¿Usted vive en un centro de atención médica? Sí No

¿Usted está pendiente para o recibe una exención de Medicaid (Medicaid Waiver, en inglés) o los servicios del Programa de Cuidado con todo incluido para la gente de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE, en inglés)? Sí No

¿Usted vive en un hogar de ancianos o en un centro con alojamiento y comida? Sí No

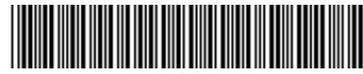
Si usted tiene diecinueve (19) años o más, ¿es estudiante de tiempo completo? Sí No

Vaya a la página siguiente



Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS003

¿Usted estaba en un hogar de acogida a los dieciocho (18) años? Sí No Si contestó Sí, ¿qué estado se hizo cargo de su atención en ese hogar?

Si se decide que usted reúne los requisitos para Elegibilidad presuntiva (en inglés, PE), ingrese su Número de identificación de Elegibilidad presuntiva (en inglés, PE RID):

9. Información Impositiva

¿Usted tiene la obligación de presentar su declaración de impuestos federales? Sí No

¿Usted piensa presentar su declaración de impuestos federales EL AÑO PRÓXIMO? Sí No
(Usted puede solicitar el seguro de salud aun si no presenta su declaración de impuestos federales.)

Si contestó Sí, conteste las preguntas a-c Si no, salte a la pregunta c

a. ¿Usted la presentará en forma conjunta con su cónyuge? Sí No

Si contestó Sí, ¿su cónyuge vive en su hogar? Sí No

Nombre de pila In. Apellido
Nombre del cónyuge

b. ¿Usted declarará personas a cargo en su declaración? Sí No

Si contestó Sí, ¿las personas a cargo viven en su hogar? Sí No

Si contestó Sí, ¿cuántas personas a cargo viven en su hogar? Si no, ¿cuántas personas a cargo viven fuera de su hogar?

Indique los nombres de personas a cargo que viven en su hogar:

Nombre persona a cargo 1	Nombre de pila	In.	Apellido
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre persona a cargo 2	Nombre de pila	In.	Apellido
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre persona a cargo 3	Nombre de pila	In.	Apellido
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre persona a cargo 4	Nombre de pila	In.	Apellido
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre persona a cargo 5	Nombre de pila	In.	Apellido
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre persona a cargo 6	Nombre de pila	In.	Apellido
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c. ¿Usted aparecerá como persona a cargo en la declaración de otro? Sí No

Si contestó Sí, indique el nombre del declarante: In. Apellido

¿Qué relación tiene con el declarante?



Vaya a la página siguiente



10. Empleo actual:

Si usted tiene diecinueve años (19) o más, ¿trabaja al menos veinte (20) horas por semana? Sí No

Nombre del empleador

Domicilio del empleador

Ciudad

Estado Código postal

Número de teléfono

Fecha inicio (mm-dd-aaaa)

Fecha finalizar (mm-dd-aaaa)

Importe del salario bruto p/periodo \$

¿Frecuencia de pago?

Semanalmente Mensualmente

Quincenalmente Dos v/mes

Otra:

Hs. trabajadas por semana

¿Varían las horas? Sí No

¿Trabaja en forma independiente? Sí No

Si contestó Sí, tipo de trabajo

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de que se cubrieron los gastos del negocio) por este trabajo independiente este mes?

\$

Nombre del empleador

Domicilio del empleador

Ciudad

Estado Código postal

Número de teléfono

Fecha inicio (mm-dd-aaaa)

Fecha finalizar (mm-dd-aaaa)

Importe del salario bruto p/periodo \$

¿Frecuencia de pago?

Semanalmente Quincenalmente

Mensualmente Dos v/mes

Otra:

Hs. trabajadas por semana

¿Varían las horas? Sí No

¿Trabaja en forma independiente? Sí No

Si contestó Sí, tipo de trabajo

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de que se cubrieron los gastos del negocio) por este trabajo independiente este mes?

\$





Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS005



11. Otros ingresos: *marque todo lo que corresponda, e ingrese el importe mensual.*

Nota: La manutención infantil, los beneficios como veterano, y el Ingreso suplementario de seguridad (en inglés, SSI) no se cuentan para muchas categorías de asistencia, y usted no necesita incluirlos a menos que sea anciano, ciego, discapacitado o reciba Medicare.

<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Neto agricultura/pesca	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$	<input type="checkbox"/> Neto renta/derechos	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$	<input type="checkbox"/> Montos aprobados por un juez	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$	<input type="checkbox"/> Servicio de jurado	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Beneficios del seguro social	\$	<input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI)	\$	<input type="checkbox"/> Ganancias de capital	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$	<input type="checkbox"/> Aporte en efectivo <i>(Dinero de alguien que no sea su padre/madre o cónyuge)</i>	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Deudas cobradas	\$			
<input type="checkbox"/> Ingreso educativo	\$	Parte del Ingreso educativo usado para gastos generales	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	Tipo:		<input type="text"/>

12. Ingreso como miembro de tribu Indo-americana/nativa de Alaska: *marque todo lo que corresponda, e ingrese el importe mensual.*

Si usted es indo-americano o nativo de Alaska y miembro de una tribu reconocida federalmente, cierto dinero recibido puede no ser contado para Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP).

Seleccione cualquier ingreso informado en su solicitud que incluya dinero de las siguientes fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o derechos
- Pagos que provienen de recursos naturales, la agricultura, ganadería, pesca; alquileres o derechos de tierra designada como tierra en fideicomiso indígena por el Ministerio del Interior *(Incluyendo las reservas y antiguas reservas indígenas)*
- Dinero que proviene de la venta de objetos de importancia cultural
- Dinero de becas, premios o subsidios

<input type="checkbox"/> Neto agricultura/pesca	\$	<input type="checkbox"/> Autoempleo	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Neto renta/derechos	\$	<input type="checkbox"/> Ingreso educativo	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	Tipo:		<input type="text"/>



Vaya a la página siguiente



Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS007



Si usted tiene menos de diecinueve (19) años de edad y está solicitando Cobertura de salud, proporcione la siguiente información.

¿Usted ha perdido su cobertura de seguro de salud en los últimos de tres (3) meses? Sí No

¿Cuándo finalizó la cobertura (mm-dd-aaaa)? --

Indique por qué se perdió la cobertura haciendo una marca (/) al lado de los motivos.

Pérdida de empleo Llegué al límite de cobertura Padre sin la custodia dejó el seguro Divorcio/Muerte de padre/madre

No lo podía pagar Empresa suspendió cobertura Prima + del 5% del ingreso para la cobertura del niño

Costo de cobertura de seguro familiar + del 9,5% de ingresos Niño tiene necesidades médicas especiales

Otro

16. Consumo de Tabaco

Si es elegible para el Plan de Salud de Indiana (Healthy Indiana Plan, HIP) y es consumidor de tabaco, puede tener una mayor contribución en su cuenta POWER durante su segundo año de cobertura.

¿Ha consumido tabaco cuatro (4) o más veces a la semana en los últimos seis (6) meses? (La definición de tabaco incluye: tabaco para mascar, cigarrillos, cigarros, pipas, narguile y tabaco rapé. No incluye el uso de dispositivos de liberación de nicotina).

Sí (Si no deja de consumir tabaco dentro de los próximos doce (12) meses, se le cobrará un cargo adicional de 50% para su contribución en la cuenta POWER. Comuníquese con su plan de salud para obtener ayuda para dejar de consumir tabaco).

No (La Administración de Servicios Sociales y Familiares [Family and Social Services Administration, FSSA] se reserva el derecho de auditar reclamos con el propósito de identificar el consumo del tabaco del miembro)

17. Selección del plan de salud: (Conteste esta pregunta si alguien está solicitando cobertura de salud.)

Verificaremos su elegibilidad para todas nuestras categorías de cobertura de salud. Si usted reúne los requisitos para Hoosier Healthwise, the Children's Health Insurance Plan, o Healthy Indiana Plan (HIP), usted quedará inscrito en uno de nuestros planes de salud. No es necesario que haga una selección en este momento. Si usted no hace una selección del plan, se le asignará un plan sobre la base de su participación anterior o la asignación a los miembros de su familia. Para Hoosier Healthwise y CHIP, después de que usted haya sido inscrito en un plan, usted tendrá noventa (90) días para cambiar de plan por cualquier motivo. Después de un período de noventa (90) días, usted sólo puede cambiar de plan por motivos que cumplan con las normas de causa justa. Para HIP, usted podrá cambiar su plan de salud antes de pagar el primer aporte a su cuenta POWER para HIP Plus o hasta el momento en que usted queda inscrito en HIP Basic. En HIP, para los cambios de plan de salud después de este período hay que tener motivos que cumplan con las normas de causa justa.

Si usted ha realizado su selección, marque el casillero correspondiente al plan que seleccionó.

MHS MDwise Anthem Blue Cross Blue Shield CareSource

Los directorios de proveedores para Hoosier Healthwise están disponibles en los sitios web de los planes de salud. Si usted nos ha dado su dirección de e-mail, le enviaremos una copia electrónica.

Si usted tiene preguntas acerca de cómo seleccionar su plan de salud o si necesita un directorio de proveedores antes de que se le asigne un plan de salud, llame a la línea de salud Hoosier Healthline al 1-800-889-9949.





18. Selección de Hoosier Care Connect Health Plan: (Conteste esta pregunta si alguien está solicitando cobertura de salud y es discapacitado, ciego, o tiene sesenta y cinco (65) años o más y no recibe Medicare, Servicios domiciliarios o basados en la comunidad, o está viviendo en un establecimiento de cuidado prolongado).

Hoosier Care Connect es un programa coordinado de atención médica para ciertas personas ancianas, ciegas y discapacitadas que reúnen los requisitos para el programa Medicaid. Verificaremos su elegibilidad para todas nuestras categorías de cobertura de salud, y usted puede quedar inscrito en uno de nuestros planes de salud si reúne los requisitos. Si usted no realiza una selección del plan de salud en esta solicitud, tendrá de sesenta (60) días para seleccionar un plan después de que se haya aprobado su solicitud de cobertura de salud. Si usted no selecciona un plan dentro de los de sesenta (60) días, se le asignará un plan. Después de que haya quedado inscrito en un plan, usted tendrá noventa (90) días para cambiar de plan por cualquier motivo. Después del período de noventa (90) días, usted sólo puede cambiar de plan por motivos que cumplen con las normas de causa justa (inquietudes sobre la calidad de atención) y una vez al año, durante su período de inscripción abierta.

Si usted ha realizado su selección, marque el casillero correspondiente al plan que seleccionó.

- Input boxes for Anthem Blue Cross Blue Shield, MHS, and UnitedHealthcare.

Si usted tiene preguntas acerca de cómo seleccionar su plan de salud, llame a la línea de salud Hoosier Healthline al 1-800-889-9949.

19. ¿Hay alguien declarado en esta solicitud al que se le ofreció cobertura de salud de un lugar de trabajo? Sí No

Seleccione Sí aun si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre/madre o cónyuge.

Si contestó Sí, complete la Sección 32, Cobertura de salud de lugares de trabajo

¿Se trata de un plan de beneficios para empleados estatales? Sí No

20. Información de contacto

Input boxes for work phone and alternative phone.

¿Desea recibir llamadas automatizadas de nuestra agencia? Sí No

(Las llamadas que puede recibir son recordatorios de citas o fechas de vencimiento para documentos solicitados)

E-mail: [Input box]

Nota: A los solicitantes que sean ancianos, ciegos o discapacitados se les puede exigir que asistan a una entrevista.

¿Cuál es su preferencia para su entrevista por su solicitud? Por teléfono En una oficina

Indique si necesita los siguientes servicios de interpretación para su cita para la entrevista por su solicitud:

Intérprete de idioma

Idioma

[Input box for language]

Intérprete de lengua de señas





Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS009



21. Proporcione la siguiente información para todas las otras personas que viven en el domicilio de la Sección 3 y todas las personas incluidas en su declaración de impuestos. Si usted presenta declaraciones de impuestos, necesitamos saber acerca de todas las personas que aparecen en su declaración:

- No hace falta volver a indicar la persona que aparece en la Sección 2.
- Incluya las personas que están viviendo en una institución y que necesitan asistencia.
- Si se marca No solicita, completar el Número de Seguro Social es opcional.

Marque la ayuda que necesita esta persona: Health Coverage (Cobertura de salud) No solicita

Si está marcado Cobertura de salud y esta persona no reúne los requisitos para los beneficios completos, ¿esta persona desea que se considere su caso para los servicios de planificación familiar solamente? Sí No

Si está marcado No solicita, completar el Número de Seguro Social es opcional.

Nombre de pila In. Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Número de Seguro Social Género: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? Sí No

Si no, escriba su domicilio:

Ciudad Estado Código postal

Relación con la persona que necesita asistencia declarada en la Sección 2:

Etnia/Raza (Opcional)

Etnia: ¿Esta persona es hispana o latina? Sí No

Raza: (seleccione todas las que corresponda) Blanco Negro o afro-americano Asiático Multirracial

Indo-americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

Si contestó indo-americano o nativo de Alaska, conteste las preguntas a continuación:

Esta persona, ¿es miembro de una tribu reconocida federalmente? Sí No

Si contestó Sí, escriba el nombre de la tribu:

Esta persona, ¿alguna vez ha recibido un servicio de Indian Health Service, un programa de salud tribal, o un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de uno de estos programas? Sí No

Si contestó no, ¿esta persona reúne los requisitos para recibir servicios de Indian Health Service, programas tribales de salud, o programas urbanos de salud, o a través de una derivación de uno de estos programas? Sí No

Vaya a la página siguiente



22. Información sobre ciudadanía/condición migratoria

Si marcó No solicita, y debe saltar a la Sección 24.

Esta persona, ¿es ciudadano o nativo de los EE.UU.? Sí No

Si contestó No, seleccione la condición migratoria de esta persona:

- Residente permanente, Con asilo político, En libertad condicional, Sin documentos disponibles, Refugiado, Cubano/Haitiano, Amerasiático

Otro [Grid for text entry]

Fecha de otorgamiento: (mm-dd-aaaa) [Grid] Fecha de entrada a los EE.UU. (mm-dd-aaaa) [Grid]

Tipo de Documento [Grid]

Número de Documento [Grid] Fecha de nacimiento que aparece en el documento (mm-dd-aaaa): [Grid]

Nombre, como aparece en el documento: Nombre de pila [Grid] In. Apellido [Grid]

País emisor del pasaporte (Si usa pasaporte para probar su condición migratoria) [Grid]

Esta persona, su cónyuge o su padre/madre ¿son veteranos o miembros activos de las fuerzas armadas de EE.UU.? Sí No

23. Información adicional para la persona que necesita asistencia

Esta persona, ¿vive con al menos un niño menor de dieciocho (18), y es la persona principal que lo cuida al niño? Sí No

Esta persona, ¿está embarazada? Sí No Si contestó Sí, ¿cuántos bebés espera en este embarazo? [Grid]

Fecha de inicio embarazo (mm-dd-aaaa): [Grid] Fecha probable de parto (mm-dd-aaaa): [Grid]

Esta persona ¿es ciega? Sí No Esta persona ¿es discapacitada? Sí No

Esta persona ¿está presa? Sí No

Esta persona ¿vive en un centro de atención médica? Sí No

Esta persona, ¿vive en un hogar de ancianos o en un centro con alojamiento y comida? Sí No

Esta persona, ¿pendiente para o recibe una exención de Medicaid (Medicaid Waiver, en inglés) o los servicios del Programa de Cuidado con todo incluido para la gente de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE, en inglés)? Sí No

Si esta persona tiene diecinueve (19) años o más, ¿es estudiante de tiempo completo? Sí No

Esta persona ¿estaba en un hogar de acogida a los dieciocho (18) años? Sí No Si contestó Sí, ¿qué estado se hizo cargo de su atención en ese hogar? [Grid]

Si se decide que esta persona reúne los requisitos para Elegibilidad presuntiva (en inglés, PE), ingrese su Número de identificación de Elegibilidad presuntiva (en inglés, PE RID): [Grid]



24. Información impositiva

Esta persona, ¿tiene la obligación de presentar su declaración de impuestos federales? Sí No

Esta persona, ¿piensa presentar su declaración de impuestos federales EL AÑO PRÓXIMO? Sí No

(Esta persona puede solicitar el seguro de salud aun si no presenta su declaración de impuestos federales.)

Si contestó Sí, conteste las preguntas a-c Si no, salte a la pregunta c

a. Esta persona, ¿declarará en forma conjunta con su cónyuge? Sí No

Si contestó Sí, ¿su cónyuge vive en su hogar? Sí No

	Nombre de pila	In.	Apellido
Nombre del cónyuge:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b. Esta persona ¿declarará personas a cargo en su declaración? Sí No

Si contestó Sí, ¿las personas a cargo viven en su hogar? Sí No

Si contestó Sí, ¿cuántas personas a cargo viven en su hogar?	<input type="text"/>	Si no, ¿cuántas personas a cargo viven fuera de su hogar?	<input type="text"/>
--	----------------------	---	----------------------

Indique los nombres de personas a cargo que viven en su hogar:

	Nombre de pila	In.	Apellido
Nombre persona a cargo 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de pila	In.	Apellido
Nombre persona a cargo 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de pila	In.	Apellido
Nombre persona a cargo 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de pila	In.	Apellido
Nombre persona a cargo 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de pila	In.	Apellido
Nombre persona a cargo 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de pila	In.	Apellido
Nombre persona a cargo 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c. Esta persona, ¿aparecerá como persona a cargo en la declaración de otro? Sí No

	Nombre de pila	In.	Apellido
Si contestó Sí, indique el nombre del declarante:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Qué relación tiene esta persona con el declarante?





25. Empleo actual:

Si esta persona tiene diecinueve años (19) o más, ¿trabaja al menos veinte (20) horas por semana? Sí No

Nombre del empleador

Domicilio del empleador

Ciudad

Estado Código postal -

Número de teléfono --

Fecha inicio (mm-dd-aaaa) --

Fecha finalizar (mm-dd-aaaa) --

Importe del salario bruto p/periodo \$

¿Frecuencia de pago?

Semanalmente Mensualmente

Quincenalmente Dos v/mes

Otra:

Hs. trabajadas por semana

¿Varían las horas? Sí No

¿Trabaja en forma independiente? Sí No

Si contestó Sí, tipo de trabajo

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de que se cubrieron los gastos del negocio) por este trabajo independiente este mes?

\$

Nombre del empleador

Domicilio del empleador

Ciudad

Estado Código postal -

Número de teléfono --

Fecha inicio (mm-dd-aaaa) --

Fecha finalizar (mm-dd-aaaa) --

Importe del salario bruto p/periodo \$

¿Frecuencia de pago?

Semanalmente Quincenalmente

Mensualmente Dos v/mes

Otra:

Hs. trabajadas por semana

¿Varían las horas? Sí No

¿Trabaja en forma independiente? Sí No

Si contestó Sí, tipo de trabajo

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de que se cubrieron los gastos del negocio) por este trabajo independiente este mes?

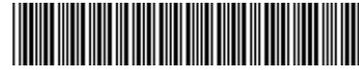
\$





Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS013



26. Otros ingresos: *marque todo lo que corresponda, e ingrese el importe mensual.*

Nota: La manutención infantil, los beneficios como veterano, y el Ingreso suplementario de seguridad (en inglés, SSI) no se cuentan para muchas categorías de asistencia, y usted no necesita incluirlos a menos que sea anciano, ciego, discapacitado o reciba Medicare.

<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Neto agricultura/pesca	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$	<input type="checkbox"/> Neto renta/derechos	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$	<input type="checkbox"/> Montos aprobados por un juez	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$	<input type="checkbox"/> Servicio de jurado	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Beneficios del seguro social	\$	<input type="checkbox"/> Ingresos por inversiones	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI)	\$	<input type="checkbox"/> Ganancias de capital	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Manutención infantil	\$	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$	<input type="checkbox"/> Aporte en efectivo <i>(Dinero de alguien que no sea su padre/madre o cónyuge)</i>	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Deudas cobradas	\$			
<input type="checkbox"/> Ingreso educativo	\$	Parte del Ingreso educativo usado para gastos generales	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	Tipo:		<input type="text"/>

27. Ingreso como miembro de tribu Indo-americana/nativa de Alaska: *marque todo lo que corresponda, e ingrese el importe mensual.*

Si usted es indo-americano o nativo de Alaska y miembro de una tribu reconocida federalmente, cierto dinero recibido puede no ser contado para Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP).

Seleccione cualquier ingreso informado en su solicitud que incluya dinero de las siguientes fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o derechos
- Pagos que provienen de recursos naturales, la agricultura, ganadería, pesca; alquileres o derechos de tierra designada como tierra en fideicomiso indígena por el Ministerio del Interior *(Incluyendo las reservas y antiguas reservas indígenas)*
- Dinero que proviene de la venta de objetos de importancia cultural
- Dinero de becas, premios o subsidios

<input type="checkbox"/> Neto agricultura/pesca	\$	<input type="checkbox"/> Autoempleo	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Neto renta/derechos	\$	<input type="checkbox"/> Ingreso educativo	\$	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$	Tipo:		<input type="text"/>



Vaya a la página siguiente



Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS015

Si el solicitante tiene menos de diecinueve (19) años de edad y está solicitando Cobertura de salud, proporcione la siguiente información

El solicitante, ¿ha perdido su cobertura de seguro de salud en los últimos de tres (3) meses? Sí No

¿Cuándo finalizó la cobertura (mm-dd-aaaa)? --

Indique por qué se perdió la cobertura haciendo una marca (/) al lado de los motivos.

Pérdida de empleo Llegué al límite de cobertura Padre sin la custodia dejó el seguro Divorcio/Muerte de padre/madre

No lo podía pagar Empresa suspendió cobertura Prima + del 5% del ingreso para la cobertura del niño

Costo de cobertura de seguro familiar + del 9,5% de ingresos Niño tiene necesidades médicas especiales

Otro

31. Consumo de Tabaco

Si es elegible para el Plan de Salud de Indiana (Healthy Indiana Plan, HIP) y es consumidor de tabaco, puede tener una mayor contribución en su cuenta POWER durante su segundo año de cobertura.

¿Ha consumido tabaco cuatro (4) o más veces a la semana en los últimos seis (6) meses? (La definición de tabaco incluye: tabaco para mascar, cigarrillos, cigarros, pipas, narguile y tabaco rapé. No incluye el uso de dispositivos de liberación de nicotina).

Sí (Si no deja de consumir tabaco dentro de los próximos doce (12) meses, se le cobrará un cargo adicional de 50% para su contribución en la cuenta POWER. Comuníquese con su plan de salud para obtener ayuda para dejar de consumir tabaco).

No (La Administración de Servicios Sociales y Familiares [Family and Social Services Administration, FSSA] se reserva el derecho de auditar reclamos con el propósito de identificar el consumo del tabaco del miembro)

Si más de dos (2) personas viven en su domicilio o más de dos (2) personas están incluidas en su declaración impositiva, proporcione información en la página 19.



32. Cobertura de salud brindada por el lugar de trabajo

Usted NO tiene que contestar estas preguntas a menos que alguien en el hogar cumpla con los requisitos de cobertura de salud de un empleo. Díganos acerca del lugar de trabajo que ofrece la cobertura.

Información acerca del EMPLEADO

Nombre de pila In. Apellido

Número de Seguro Social del empleado

Información acerca del EMPLEADOR

Nombre del empleador

Número de identificación del empleador (EIN) Número de teléfono del empleador

Domicilio del empleador:

Ciudad Estado Código postal

¿Con quién nos podemos comunicar acerca de la cobertura de salud del empleado en este lugar de trabajo?

Nombre de pila In. Apellido

Número de teléfono (Si es diferente del de arriba) Email:

¿Usted actualmente reúne los requisitos para la cobertura que ofrece este empleador, o los reunirá en los próximos de tres (3) meses?

Yes/No options

Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo se puede inscribir para recibir la cobertura?



Indique los nombres de otras personas que reúnen los requisitos para recibir cobertura de este lugar de trabajo.

Multiple rows for other people's names and addresses



Solicitud de Cobertura de salud de Indiana

Formulario del Estado 55892 (R6 / 3-21)



FSS955IS017



Díganos acerca del **plan de salud** que ofrece este empleador.

El empleador, ¿ofrece un plan de salud que cumple con las normas de valor mínimo?* Sí No

Para el plan de menor costo que cumple con las normas de valor mínimo* que se ofrece sólo al empleado (no incluya los planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado debería pagar. Si el empleado/empleada recibió el descuento máximo por algún programa de cesación tabáquica y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar,

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas por este plan? \$

b. Frecuencia Semanalmente Quincenalmente Dos v/mes
 Trimestralmente Anualmente

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (*Si lo sabe*)?

- Empleador no ofrecerá cobertura de salud
- Empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible que cumple con los requisitos de normas de valor mínimo* sólo para el empleado. (*La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Lea la pregunta anterior*)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas por este plan? \$

b. Frecuencia Semanalmente Quincenalmente Dos v/mes
 Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (*mm-dd-aaaa*)



* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con los requisitos de "Normas de valor mínimo" si la porción del plan de los costos totales de los beneficios autorizados cubiertos por el plan no es menor que un 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de impuestos internos de 1986)



33. Si usted está llenando esta solicitud en nombre de otra persona, proporcione su información de contacto abajo:

Dirección

[Grid for address]

Ciudad

[Grid for city]

Estado

[Grid for state]

Código postal

[Grid for zip code]

Número de teléfono:

[Grid for phone number]

¿Usted vive con las personas que necesitan asistencia? Sí No

Si contestó No, ¿qué relación tiene con las personas que necesitan asistencia?

[Grid for relationship]

NOTA: Si usted es el representante de las personas que necesitan asistencia, el solicitante debe completar y firmar el formulario adjunto de representante autorizado.

34. ¿Desea registrarse para votar? Sí No Su respuesta no afectará su elegibilidad para la cobertura de salud.

35. Para Navegadores certificados solamente

Complete esta sección si usted es un Navegador certificado y está llenando esta solicitud para otra persona.

Nombre de pila

[Grid for first name]

In. Apellido

[Grid for last name]

Sufijo

[Grid for suffix]

Número de ID individual del Navegador

[Grid for navigator ID]

Nombre de la organización

[Grid for organization name]

Número de ID de la organización de navegadores

[Grid for organization ID]

Completado por el centro de inscripción:

¿Usted está presentando esta solicitud como Centro de inscripción autorizado? Sí No

Fecha de la solicitud (mm-dd-aaaa)

[Grid for date]

