Solicitud de cobertura de salud retroactiva para Apple Health (Medicaid)

Washington State Health Care Authority

Use este formulario para solicitar cobertura para cualquiera de los tres meses (o todos ellos) previos al mes de la solicitud para adultos, niños, padres/cuidadores o personas embarazadas. **Por ejemplo:** Si presentó su solicitud en septiembre, puede solicitar cobertura retroactiva de los meses de junio, julio y agosto, si incurrió facturas médicas en esos meses. **Solamente incluya los meses en los que incurrió facturas médicas.** Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a la Health Care Authority al 1-800-562-3022. Para incluir a más miembros de su hogar, o para proporcionar información adicional, adjunte una hoja adicional.

(Este formulario no es para personas de 65 años de edad más, que tengan Medicare o que necesiten cobertura de cuidado a largo plazo).
Si tiene preguntas acerca de esta cobertura, llame al DSHS al 1-877-501-2233.

1 Información del solicitante principal/jefe de familia

Nombre _____ Inicial intermedia _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ ID de cliente o número de seguro social _____

2 Información de la cobertura retroactiva

Escriba los nombres completos de todos los miembros del hogar que incurrieron facturas médicas y necesitan cobertura retroactiva. Para cada persona, escriba los meses con facturas médicas.

Persona 1

Nombre completo _____ Mes 1 (mm/aaaa) _____ Mes 2 (mm/aaaa) _____ Mes 3 (mm/aaaa) _____

¿Esta persona fue residente de Washington los tres meses?
☐ Sí ☐ No

Si no, escriba lo meses en los que no fue residente _____

Persona 2

Nombre completo _____ Mes 1 (mm/aaaa) _____ Mes 2 (mm/aaaa) _____ Mes 3 (mm/aaaa) _____

¿Esta persona fue residente de Washington los tres meses?
☐ Sí ☐ No

Si no, escriba lo meses en los que no fue residente _____

Persona 3

Nombre completo _____ Mes 1 (mm/aaaa) _____ Mes 2 (mm/aaaa) _____ Mes 3 (mm/aaaa) _____

¿Esta persona fue residente de Washington los tres meses?
☐ Sí ☐ No

Si no, escriba lo meses en los que no fue residente _____

13952

3 Ingresos y deducciones

Escriba los ingresos y deducciones mensuales brutos totales de cada miembro del hogar para cada mes en el que indicó que tenía facturas médicas. Los meses deben coincidir con los meses mencionados antes en la sección 2. No todos los tipos de ingresos se toman en cuenta. Puede ver más información en **wahbexchange.org/how-to-report-income/**.

Llene la siguiente información sobre los ingresos de todos los miembros del hogar con ingresos o deducciones. Consulte los tipos de ingresos y deducciones que se toman en cuenta en la página 3.

Mes/Año _____

Nombre de la persona	Tipo de ingreso	Importe	Tipo de deducción	Importe

Mes/Año _____

Nombre de la persona	Tipo de ingreso	Importe	Tipo de deducción	Importe

Mes/Año _____

Nombre de la persona	Tipo de ingreso	Importe	Tipo de deducción	Importe

4 Declaración y firma

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es verdadera y correcta y está completa en la medida de mi conocimiento.

Firma del solicitante principal	Nombre en letra de molde	Fecha

Envíe el formulario contestado a la Health Care Authority por uno de los siguientes medios:

- Fax: 1-866-841-2267
- Correo postal: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- Correo electrónico: **apple@hca.wa.gov**

Tipos de ingresos que se toman en cuenta

- Ingresos de un trabajo
- Seguro Social
- Empleo independiente
- Desempleo
- Ingresos por alquileres
- Pensión de divorcio/ manutención conyugal
- Ingresos por anualidad o pensión
- Ingresos por agricultura
- Otros ingresos imponibles
- Ganancias de capital
- Ingresos obtenidos en el extranjero
- Ingresos de un fideicomiso
- Dividendos, acciones o valores
- Ingresos por intereses
- Ingresos tribales imponibles
- Pagos de IRA
- Ingresos por regalías
- Beneficios por jubilación de ferrocarriles

Deducciones permisibles por el IRS

- Pensión de divorcio/ manutención conyugal ordenada por un tribunal antes del 1/Ene/2019
- Intereses sobre préstamos estudiantiles
- Gastos de educador
- Costos de mudanza de miembros de las fuerzas armadas
- Aportaciones a cuentas de ahorros de salud
- Ciertos gastos de negocios declarables
- Seguro de salud para trabajo independiente:
- Colegiaturas y cuotas
- Plan de jubilación de trabajo independiente
- Impuestos por trabajo independiente
- Aportaciones antes de impuestos a cuentas para el retiro
- Multas por el retiro anticipado de ahorros