Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Solicitud de cobertura de servicios de salud
(y para averiguar si puede obtener ayuda con los costos)

Use esta solicitud para averiguar para cuál cobertura de servicios de salud es elegible:

- Cobertura de servicios de salud de bajo costo o gratuita de Washington Apple Health (Medicaid), incluyendo a Apple Health para Niños con primas, también conocida como Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)
- Un crédito fiscal que puede ayudar a pagar sus primas de servicios de salud para un plan de salud calificado
- Plan de salud calificado y plan dental calificado privados, a costo completo

Presente la solicitud más rápido en línea

- Presente la solicitud más rápido en línea en **wahealthplanfinder.org**

Información que necesitará para presentar la solicitud para usted y para otras personas:

- Números de Seguro Social (NSS): de todos los miembros de su hogar que tengan un NSS (no todos los programas exigen que tenga un NSS)
- Fechas de nacimiento de todos los miembros de su hogar
- Pasaporte extranjero, número "A", u otros números de inmigración de todos los miembros del hogar que son inmigrantes y que solicitan cobertura de salud
- Información sobre los ingresos de todos los adultos y menores que tengan suficientes ingresos para tener que presentar declaraciones de impuestos
- Información sobre seguros de salud disponibles para usted o su familia

¿Por qué solicitamos tanta información?

Necesitamos la siguiente información para determinar para qué coberturas de servicios de salud es elegible. Conservaremos en privado la información que nos proporcione, como lo exige la ley.

Envíe su solicitud contestada y firmada a:

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
o por fax al 1-855-867-4467
Si no tiene toda la información que solicitamos, puede comenzar su solicitud escribiendo su nombre, fecha de nacimiento, dirección y firma, y enviándola a la dirección que aparece arriba.

Obtenga ayuda con esta solicitud:

- Internet: **wahealthplanfinder.org**
- **Teléfono:** Llame al Centro de Servicio al Cliente al teléfono 1-855-WAFINDER (855-923-4633) o 1-855-627-9604 (TTY)
- En persona: Para recibir ayuda con su solicitud busque a un navegador o agente por medio del enlace de servicio al cliente en **wahealthplanfinder.org**.
- Idioma o discapacidad: Para obtener ayuda gratuita en su idioma (incluyendo un intérprete o la traducción de materiales impresos) o adaptaciones para una discapacidad, llame al 1-855-WAFINDER (855-923-4633) o al 1-855-627-9604 (TTY).

Definiciones

Prima: La cantidad que usted paga cada mes por su plan de salud, si la hay. Debe pagar su prima para mantener su cobertura, incluso si no recibe ningún servicio de salud.

Créditos fiscales para primas de seguro de salud: Créditos fiscales usados para reducir su prima mensual.

Washington Healthplanfinder: Un mercado en línea para individuos y familias de Washington, donde pueden comparar e inscribirse en una cobertura de seguro y obtener acceso a créditos fiscales, reducciones por costos compartidos y programas públicos tales como Washington Apple Health.

Plan de salud calificado: Cobertura de salud privada por medio de Washington Healthplanfinder.

Cobertura mínima esencial: Este es el tipo de cobertura que una persona necesita tener para cumplir con el requisito de responsabilidad individual de la Ley de Cuidado Asequible. Esta incluye pólizas de seguro individuales y familiares del mercado, cobertura por empleo, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), TRICARE y otras coberturas que cubran los 10 beneficios esenciales de salud.

Beneficios esenciales de salud: Un conjunto de 10 servicios de salud que todos los planes deben cubrir, como consultas médicas, estancias hospitalarias y medicamentos recetados. Algunos beneficios son gratuitos, y algunos pueden tener copagos y coaseguros.

Washington Apple Health: Los programas públicos de seguro de salud para residentes de Washington que cumplen con ciertos requisitos. Washington Apple Health es el nombre que se usa en Washington para Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), y otros programas de servicios de salud financiados por el estado de Washington.

Para personas con empleo independiente

Usted puede restar los gastos permisibles por debajo de sus ingresos brutos para obtener el monto de sus ingresos netos como trabajador independiente. Para más información, consulte las “Instrucciones para el Anexo C o el Anexo F” en **www.irs.gov.**

Algunos ejemplos de gastos permisibles son:

- Gastos de automóvil y camión
- Comisiones, honorarios y mano de obra contratada
- Agotamiento de recursos
- Depreciación
- Programas de beneficios para empleados, pensiones y planes de reparto de utilidades
- Seguros (excepto de salud) e intereses de hipotecas
- Servicios legales y profesionales
- Gastos de oficina, alquileres y arrendamientos
- Seguro de propiedad, responsabilidad civil o interrupción de negocio
- Suministros, reparaciones y mantenimiento
- Viajes, comidas y entretenimiento
- Servicios básicos, impuestos, y licencias
- Sueldos

Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Derechos y responsabilidades de la cobertura de servicios de salud

En este documento:

- **Sección 1** Todos los programas de cobertura de servicios de salud
- **Sección 2** Solo Washington Apple Health
- **Sección 3** Solo planes médicos calificados
- **Sección 4** Cómo presentar una queja

1. Todos los programas de cobertura de servicios de salud

Sus derechos

El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority deben:

Ayudarle a leer y rellenar todos los formularios solicitados. El Washington Health Benefit Exchange (HBE) administra a Washington Healthplanfinder, en donde usted puede solicitar y administrar su cobertura médica y dental. Para recibir ayuda, puede llamar al Centro de Atención al Cliente de Washington Healthplanfinder al teléfono 1-855-923-4633. Si es una persona de la tercera edad, está ciego, tiene alguna discapacidad o necesita servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), puede llamar al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) al teléfono 1-877-501-2233.

Prestarle servicios de interpretación o traducción sin costo para usted y sin demoras cuando se comunique con el HBE, la Health Care Authority (HCA) o el DSHS. Puede solicitar un intérprete cada vez que se comunique con nosotros.

Cuidar la privacidad de su información personal pero es posible que compartamos algunos datos con otras agencias estatales y federales para el proceso de verificación e inscripción. Lea la política de privacidad del HBE **wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html**.

Darle la oportunidad de apelar si está en desacuerdo con una determinación hecha por el HBE o por el DSHS que afecte su elegibilidad para una cobertura médica, LTSS, un plan médico, créditos fiscales para primas de seguro médico, asistencia para primas o reducciones por costos compartidos. Al pedir una apelación, su caso será revisado. Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones del HBE puede visitar **wahbexchange.org/contact-us/appeals** o llamar al Centro de Atención al Cliente de Washington Healthplanfinder al teléfono 1-855-923-4633. Para obtener información sobre apelaciones para programas del DSHS, llame al DSHS al teléfono 1-877-501-2233 o visite la oficina de Servicios en el Hogar y la Comunidad de su localidad. Se programará una audiencia administrativa si la apelación se refiere a una decisión sobre la cobertura de Washington Apple Health (Medicaid).

Tratarlo de manera justa. La discriminación es ilegal. El HBE y la HCA cumplen con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidades o sexo. El HBA y la HBE no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidades o sexo.

El HBE y la HCA también cumplen con las leyes estatales vigentes y no discriminan por motivos de credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición de veterano o militar honorablemente retirado, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad.

El HBE y la HCA:

- Proporcionan ayudas y servicios de manera gratuita a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios gratuitos de lenguaje a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al 1-855-923-4633.

Si cree que el HBE o la HCA no le han proporcionado estos servicios, o lo han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante el:

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
  ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
  PO Box 1757
  Olympia, WA 98507-1757
  1-855-859-2512
  Fax: 1-360-841-7653
  appeals@wahbexchange.org
- **Health Care Authority Division of Legal Services**
  ATTN: Compliance Officer
  (ADA/Nondiscrimination Coordinator)
  PO Box 42704
  Olympia, WA 98501-2704
  1-855-682-0787
  Fax: 1-360-507-9234
  compliance@hca.wa.gov

Puede presentar su queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el departamento legal del Washington Health Benefit Exchange y la División de Servicios Legales de la HCA están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja referente a derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., por correo postal, correo electrónico, teléfono o internet, usando los siguientes datos de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Correo electrónico: **ocrmail@hhs.gov**
Internet: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

Los formularios de queja están disponibles en: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

Sus responsabilidades

Debe proporcionar un número de Seguro Social (NSS) o número de documento de inmigración, si lo tiene. Si no tiene un NSS ni un documento de inmigración, aún puede solicitar cobertura de servicios de salud, pero podría no ser elegible para todos los programas que ofrecen asistencia financiera. Utilizamos esta información para verificar su elegibilidad para los programas, para lo que confirmamos su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de servicios de salud. No compartimos esta información con ninguna autoridad de inmigración. Debe tener un NSS para ciertos créditos fiscales y programas.

Si no proporciona un NSS o un número de documento de inmigración para usted o un miembro de su hogar, quizá tendremos que hacer seguimiento para pedirle información adicional. Proporcione toda la información y los comprobantes necesarios para decidir si es elegible, si la agencia se lo solicita.

Cosas que debe saber

Existen ciertas leyes estatales y federales que rigen la operación de Washington Healthplanfinder y sus sistemas de solicitud administrados por el estado, sus derechos y responsabilidades como usuario, y la cobertura obtenida al utilizarlos. Al utilizar estos sistemas, usted acepta cumplir las leyes aplicables a alguien que los utiliza y a la cobertura que obtiene como resultado.

La Ley Nacional para el Registro de Votantes de 1973 ordena que todos los estados proporcionen ayuda para el registro de votantes mediante sus oficinas de asistencia pública. Hacer una solicitud para registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará a su elegibilidad para la cobertura, ni los servicios y beneficios que ofrecen nuestras agencias. Puede registrarse para votar en **vote.wa.gov** o pedir formularios del registro de votantes llamando al teléfono 1-800-448-4881.

Las restricciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) les prohíben al HBE, a la HCA y al DSHS hablar sobre la información de salud referente a usted o cualquier miembro de su hogar con otros, incluyendo a un representante autorizado, excepto cuando esa persona tenga un poder notarial o usted haya firmado un formulario de consentimiento en el que autoriza la divulgación de esa información. Esto incluye la divulgación de información sobre la salud mental, los resultados de exámenes de VIH/sida y de enfermedades de transmisión sexual, así como información sobre el tratamiento para los mismos, y los servicios para dependencia a sustancias químicas. Para obtener más información sobre la política de privacidad del HBE, visite **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

La Ley de Cuidado Asequible prohíbe al HBE, a la HCA y al DSHS proporcionar información personal que los identifique a usted o a cualquier miembro de su hogar a cualquier persona u organización que no esté autorizada para recibirla, y sin su consentimiento.

La información que usted proporcione al HBE, a la HCA y al DSHS está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar su elegibilidad para cobertura de servicios de salud. La verificación puede incluir revisiones posteriores a la elegibilidad y seguimiento por parte del personal de la agencia.

Si comienza una solicitud de seguro médico en Washington Healthplanfinder y no completa el proceso por alguna razón, su información estará guardada en Washington Healthplanfinder y podrá tener acceso a ella por 90 días. Si no completa la solicitud después del período de 90 días, su información se borrará del sistema de Washington Healthplanfinder.

El HBE, la HCA y el DSHS no son responsables de administrar su plan de seguro médico. Su compañía de seguros puede proporcionarle más información sobre sus beneficios.

Si tiene preguntas sobre los términos de su plan de seguro médico, incluyendo los beneficios para los que es elegible y los gastos por su propia cuenta bajo su plan, así como para hacer una reclamación de beneficios o apelar una denegación de beneficios, debe comunicarse con su aseguradora de seguro médico. Si es elegible para COBRA al terminar cualquier cobertura de seguro de salud adquirida a través de Washington Healthplanfinder, es responsabilidad de su empleador administrar COBRA y proporcionarle las notificaciones requeridas y períodos de elección de COBRA.

No cancele ninguna cobertura de seguro actual ni rechace algún beneficio de COBRA hasta que reciba una carta de aprobación y póliza de seguro, también conocida como contrato o certificado de seguro, de la aseguradora que seleccionó. Asegúrese de comprender y aceptar los términos de la póliza, ponga especial atención a la fecha de entrada en vigencia, períodos de espera, monto de la prima, beneficios, limitaciones, exclusiones y anexos.

2. Solo Washington Apple Health

Sus derechos

El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority deben:

Explicarle sus derechos y responsabilidades si usted lo solicita.

Permitirle presentar una solicitud parcial que incluya como mínimo, su nombre, su dirección y su firma, o la firma del representante autorizado del solicitante. El día en que recibimos una solicitud parcial es su fecha de solicitud, que puede afectar cuándo entra en vigor su cobertura. No tomaremos una decisión definitiva sobre su cobertura hasta después de que rellene la solicitud.

Permitirle presentar una solicitud o solicitud parcial usando cualquier método incluido en WAC 182-503-0005.

Procesar su solicitud de manera expedita y a más tardar en las fechas límites descritas en WAC 182-503-0060.

Darle 10 días calendario para proporcionar información que necesitamos para determinar su elegibilidad. Si nos pide más tiempo, se lo daremos. Si no nos entrega la información, ni pide más tiempo, es posible que deneguemos, cancelemos o cambiemos su cobertura de servicios de salud.

Ayudarle si tiene problemas para obtener alguna información o comprobante que necesitemos para decidir si usted es elegible. En caso que solicitemos un documento que cuesta dinero, enviaremos por él y pagaremos el costo.

Notificarle, en la mayoría de los casos, por lo menos 10 días antes de cancelar su cobertura de servicios de salud.

Darle una decisión por escrito sobre su elegibilidad, en la mayoría de los casos, dentro de un plazo de 45 días. La cobertura de servicios de salud para algunos casos de discapacidad puede tomar hasta 60 días. Entregamos una decisión por escrito sobre seguro médico de embarazo dentro de un plazo de 15 días.

Permitirle que se niegue a hablar con un investigador si auditamos su caso. Usted no tiene la obligación de dejar que el investigador entre a su vivienda. Puede pedir al investigador que regrese en otro momento. Esta petición no afectará su elegibilidad para cobertura de servicios de salud.

Continuar con su cobertura de Washington Apple Health mientras decidimos si es elegible para otro programa de acuerdo con WAC 182-504-0125.

Darle servicios de acceso equitativo como se describe en WAC 182-503-0120, si usted es elegible.

Sus responsabilidades

Usted debe:

Informar de los cambios conforme a lo ordenado en WAC 182-504-0105 y WAC 182-504-0110 dentro de un plazo de 30 días del cambio. Lea su carta de aprobación para ver qué cambios debe informar.

Realizar renovaciones cuando se le solicite.

Proporcionar a los proveedores médicos la información necesaria para facturarnos los servicios de salud.

Solicitar Medicare si tiene derecho a él.

Cooperar con el personal de la HCA cuando se le pida.

Cosas que debe saber

Al solicitar y recibir Apple Health, usted le cede al Estado de Washington los derechos a toda su asistencia médica y a todos sus pagos de terceros por concepto de servicios de salud.

- **La agencia podría proporcionar** el historial de vacunación de su hijo(a) al Sistema de Seguimiento de Perfiles de Inmunización Infantil.
- **La información que usted presente** se le podría proporcionar al DSHS para determinar su elegibilidad y sus beneficios mensuales para programas tales como cobertura de servicios de salud, asistencia en efectivo, asistencia alimenticia y subsidios para guardería.

Por ley, el Estado de Washington puede recuperar de su patrimonio los costos que haya pagado por ciertos tipos de servicios médicos utilizando el proceso de recuperación de patrimonio (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, y Capítulo 182-527 WAC). La recuperación de patrimonio solo se lleva a cabo después de su muerte, de la muerte de su cónyuge sobreviviente hasta que sus hijos sobrevivientes tengan 21 años de edad o más. Tampoco se lleva a cabo si un hijo sobreviviente estaba ciego o discapacitado en el momento de la muerte de usted. Los costos recuperables incluyen:

- Ciertos servicios y apoyos a largo plazo de Washington Apple Health, si usted tiene 55 años de edad o más al momento de recibir los servicios;
- Ciertos servicios financiados solamente por el estado, sin importar su edad en el momento de recibirlos.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos en WAC 182-527-2746. Puede encontrar una lista de bienes excluidos de recuperación en WAC 182-527-2754. El Estado también puede aplicar un gravamen antes de su muerte para recuperación después de la muerte, en los términos del título 42 del Código de EE. UU., 1396p. Es posible que las tierras tribales y ciertas propiedades pertenecientes a indígenas americanos y nativos de Alaska estén exentas de la recuperación (WAC 182-527-2754). El Estado puede recuperar a través de la venta de los bienes, y de su patrimonio, a menos que:

- Su cónyuge viva en el inmueble;
- Su hermano o hermana viva en el inmueble, sea copropietario y cumpla ciertos requisitos.
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea ciego(a) o discapacitado(a); o
- Su hijo o hija viva en el inmueble y sea menor de 21 años de edad.

Puede encontrar una lista de los servicios sujetos a recuperación de costos mediante un gravamen previo al fallecimiento en WAC 182-527-2734.

Puede ser restringido a un proveedor de servicios de salud, farmacia y/u hospital, si solicita servicios de salud innecesarios a los proveedores.

3. Solo planes médicos calificados

Cosas que debe saber

Si usted se inscribe en un plan médico calificado a través de Washington Healthplanfinder y no proporciona suficiente información para verificar su elegibilidad, tendrá 90 días para proporcionar información adicional que satisfaga los requisitos de elegibilidad. Todos los pagos adelantados por créditos fiscales a su favor están sujetos a un proceso de conciliación.

Si tiene un número de Seguro Social (NSS), debe proporcionarlo en su solicitud. Si no tiene un NSS, aún puede contratar un seguro médico en Washington Healthplanfinder. Utilizamos esta información para verificar si usted es elegible para la cobertura de servicios de salud, ya que confirmamos su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de servicios de salud. No compartimos esta información con ninguna autoridad de inmigración. Debe tener un NSS para ciertos créditos fiscales y programas.

Si no proporciona un número de seguro social para usted o un miembro de su hogar, quizá tendremos que hacer seguimiento para pedirle información adicional.

Si se inscribe en un plan médico calificado a través de Washington Healthplanfinder y tiene un cambio en sus ingresos, debe darnos aviso lo antes posible. Un cambio en sus ingresos podría cambiar los créditos fiscales o las reducciones de costo compartido para los cuales usted es elegible. Usted podría ser elegible para un plan de costo menor después de un cambio de ingresos, o podría tener la obligación de devolver una parte de un crédito fiscal que recibió si sus ingresos aumentan y no informa los cambios.

Para informar sobre un cambio en sus ingresos, debe iniciar sesión en su cuenta de Washington Healthplanfinder y seleccionar "Report a Change" (Informar un cambio). Para recibir asistencia, o para notificarnos por teléfono, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al teléfono 1-855-923-4633.

Es necesario conciliar sus créditos fiscales: Tiene la obligación de informar al IRS sobre los créditos fiscales que reciba. Para hacerlo, debe presentar una declaración anual de impuestos al IRS e incluir los formularios correctos del IRS. El incumplimiento de informar sus créditos fiscales al IRS impedirá que reciba créditos fiscales en el futuro. Para ver más información, lea las instrucciones incluidas con los formularios 1095 y 8962 del IRS.

Los costos mostrados del seguro de salud pueden cambiar: Los costos pueden cambiar con base en las prácticas de suscripción de la compañía de seguros médicos y en las opciones disponibles que usted seleccione.

Las tarifas mostradas se aplican solamente a su fecha de vigencia solicitada. El costo de su prima depende de la edad de las personas que habitan en su hogar. Si un miembro de su hogar cumple años entre la fecha en que usted consulta el plan y la fecha de inicio (fecha de entrada en vigor) de su plan, el costo de su prima podría aumentar. Es posible que la compañía de seguros que seleccionó no garantice sus tarifas por un período de tiempo específico. Su cobertura no estará activa hasta que su compañía de seguros confirme la recepción del pago.

Usted autoriza al Departamento de Seguridad del Empleo del Estado de Washington para que divulgue los datos sobre su salario y empleo al HBE. Usted reconoce que otorgar este consentimiento ayudará a simplificar el proceso de solicitud y redeterminación de Washington Healthplanfinder. Su información personal estará protegida tal y como se describe en nuestra política de privacidad. Consulte la política de privacidad del HBE en **wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html**.

4. Cómo presentar una queja

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (HHS, por sus siglas en inglés), a esta institución se le prohíbe discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con el HHS.

Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
Teléfono: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
Fax: 206-615-2297

También puede presentar una queja por derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del HHS.

Washington State Health Care Authority

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል፡፡ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ፡፡

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد.با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d’aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກະສານຕີພິມ, ມີໄว้ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دېوهېدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیې په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسي موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنګ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنګ وهلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la’aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጎምትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፤ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ፡፡ ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ፡፡

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Solicitud de cobertura de servicios de salud PARTE 1

1 Nombre e información de contacto del solicitante principal

Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido y sufijo

Fecha de nacimiento (MM/DD/A)AAA) | Número de seguro social (NSS)* | Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Firma del solicitante o representante autorizado

¿Tiene un domicilio? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que no, ¿en qué condado desearía recibir sus servicios de salud?
Aun así debe incluir una dirección de correo.

Dirección en la que vive | Ciudad | Estado | Código postal

Dirección postal (si es diferente) | Ciudad | Estado | Código postal

Número de teléfono principal | Número de teléfono secundario | Dirección de correo electrónico

Washington Healthplanfinder podría necesitar comunicarse con usted respecto al estatus de su solicitud o para pedirle información adicional. ¿Cómo prefiere que se comuniquen con usted? ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

***Esta información no se proporciona a ninguna autoridad de inmigración para fines de aplicación de las leyes migratorias. Deje este espacio en blanco si no tiene un NSS.**

2 Información sobre idioma

¿Usted o alguna persona para la que está realizando la solicitud desea un intérprete y necesita recibir los documentos en un idioma diferente al inglés?

☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, ¿qué idioma o formato alternativo necesita? Escriba todos los que correspondan: _____

¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud necesitan un documento en un formato alternativo? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, ¿qué formato alternativo debemos enviarle? ☐ Inglés con tipografía grande ☐ Braille

18001

3 Información sobre embarazos

¿Alguna integrante del hogar está embarazada? ☐ No ☐ Sí

4 Información del representante autorizado

1. Un representante autorizado (AREP) es un adulto que conoce bien las circunstancias del hogar y que ha sido autorizado por el hogar para actuar en su nombre para efectos de elegibilidad. Esto es diferente a asociarse con un orientador o un agente de seguros.
2. Si un solicitante no puede designar un representante autorizado (AREP), debido a una afección médica, una persona puede designarse a sí misma como representante autorizado (AREP) llenando el Formulario de Designación de Representante Autorizado (DSHS 14-532) en **dshs.wa.gov/authorized-rep-form.**
3. Al designar a un representante autorizado, usted otorga permiso a su representante autorizado para:
   - Firmar la solicitud en su nombre;
   - Recibir avisos relacionados con su solicitud y su cuenta; y
   - Actuar en su nombre para todas las cuestiones relacionadas con la solicitud y la cuenta.

a. Va a designar un representante autorizado? ☐ No ☐ Sí

b. ¿Desea que su representante autorizado también reciba avisos relacionados con su solicitud y su cuenta? ☐ No ☐ Sí

Nombre/organización del representante autorizado

Número de teléfono

Dirección postal del representante autorizado

Dirección de correo electrónico

5 Información sobre su familia

Debe incluir a las siguientes personas en su solicitud: su cónyuge, sus hijos que vivan con usted, todos los padres que vivan en el hogar con sus hijos, y todas las personas que usted prevea incluir como dependientes en su declaración federal de impuestos, si la presenta. Use las páginas 9 a 16 para proporcionar información sobre su familia.

Si prevé que alguien más lo incluya a usted como dependiente en su declaración de impuestos, usted debe incluir a todos los miembros del hogar contribuyente que lo incluyan a usted y a los familiares que viven con usted.

Usted no necesita declarar impuestos para solicitar cobertura de servicios de salud.

6 Solicitante principal (usted mismo)

Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? ☐ No ☐ Sí

USTED MISMO

Relación con usted:

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadanía: (marque una)

☐ Ciudadano o nacional de EE. UU. ☐ No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. ☐ Otro

Número del Seguro Social (NSS):

Si no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración: Número "A": Número de recibo u otro número:

Número de pasaporte extranjero: País de emisión

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA) Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA)

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

- ☐ Soltero(a) que declara impuestos
- ☐ Jefe de familia
- ☐ Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente
- ☐ Casado declarando por separado
- ☐ Casado declarando de manera conjunta:
  - Nombre del contribuyente primario: _____
- ☐ Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud
- ☐ Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud
- ☐ La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? ☐ No ☐ Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Indio asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Camboyano
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Guameño
- ☐ Hawaiano
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Otro isleño del Pacífico
- ☐ Otra raza
- ☐ Samoano
- ☐ Tailandés
- ☐ Vietnamita
- ☐ Blanco

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- ☐ Cubano
- ☐ Otro español/hispano
- ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ No español/hispano

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? ☐ No ☐ Sí

7 Cónyuge u otro padre/madre (si vive en el hogar)

Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? ☐ No ☐ Sí Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Relación con usted (es decir, cónyuge, pareja doméstica, pareja)

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadanía: (marque una)

☐ Ciudadano o nacional de EE. UU. ☐ No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. ☐ Otro

Número del Seguro Social (NSS):

Si esta persona no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración: | Número "A": | Número de recibo u otro número:

Número de pasaporte extranjero: | País de emisión:

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA) | Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA)

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

☐ Soltero(a) que declara impuestos

☐ Jefe de familia

☐ Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente

☐ Casado declarando por separado

☐ Casado declarando de manera conjunta:

Nombre del contribuyente primario: _____

☐ Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud

☐ Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud

☐ La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? ☐ No ☐ Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Filipino ☐ Laosiano ☐ Vietnamita

☐ Indio asiático ☐ Guameño ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otra raza

☐ Camboyano ☐ Japonés ☐ Samoano

☐ Chino ☐ Coreano ☐ Tailandés

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

☐ Cubano ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano ☐ No español/hispano

☐ Otro español/hispano ☐ Puertorriqueño

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? ☐ No ☐ Sí

8 Escriba los datos de sus hijos / dependientes fiscales / otros miembros del hogar #1

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? ☐ No ☐ Sí Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Parentesco con usted (por ejemplo, hijo(a), nieto(a), sobrina, sobrino, hermano(a)) _____

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadanía: (marque una)

☐ Ciudadano o nacional de EE. UU. ☐ No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. ☐ Otro

Número del Seguro Social (NSS): _____

Si esta persona no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración: _____ Número "A": _____ Número de recibo u otro número: _____

Número de pasaporte extranjero: _____ País de emisión: _____

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA) _____ Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA) _____

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

- ☐ Soltero(a) que declara impuestos
- ☐ Jefe de familia
- ☐ Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente
- ☐ Casado declarando por separado
- ☐ Casado declarando de manera conjunta:
- ☐ Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud
- ☐ Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud
- ☐ La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

Nombre del contribuyente primario: _____

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? ☐ No ☐ Sí

_____

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? ☐ No ☐ Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Indio asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Camboyano
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Guameño
- ☐ Hawaiano
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Otro isleño del Pacífico
- ☐ Otra raza
- ☐ Samoano
- ☐ Tailandés
- ☐ Vietnamita
- ☐ Blanco

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- ☐ Cubano
- ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano
- ☐ No español/hispano
- ☐ Otro español/hispano
- ☐ Puertorriqueño

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? ☐ No ☐ Sí

9 Escriba los datos de sus hijos / dependientes fiscales / otros miembros del hogar #2

Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? ☐ No ☐ Sí Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Parentesco con usted (por ejemplo, hijo(a), nieto(a), sobrina, sobrino, hermano(a))

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadanía: (marque una)

☐ Ciudadano o nacional de EE. UU. ☐ No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. ☐ Otro

Número del Seguro Social (NSS):

Si esta persona no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración: | Número "A": | Número de recibo u otro número:

Número de pasaporte extranjero: | País de emisión:

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA) | Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA)

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

☐ Soltero(a) que declara impuestos

☐ Jefe de familia

☐ Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente

☐ Casado declarando por separado

☐ Casado declarando de manera conjunta:

Nombre del contribuyente primario: _____

☐ Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud

☐ Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud

☐ La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? ☐ No ☐ Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Filipino ☐ Laosiano ☐ Vietnamita

☐ Indio asiático ☐ Guameño ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano ☐ Otra raza

☐ Camboyano ☐ Japonés ☐ Samoano

☐ Chino ☐ Coreano ☐ Tailandés

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

☐ Cubano ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano ☐ No español/hispano

☐ Otro español/hispano ☐ Puertorriqueño

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? ☐ No ☐ Sí

10 Escriba los datos de sus hijos / dependientes fiscales / otros miembros del hogar #3

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

¿Esta persona solicita cobertura de servicios de salud? ☐ No ☐ Sí Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F

Parentesco con usted (por ejemplo, hijo(a), nieto(a), sobrina, sobrino, hermano(a)) _____

(Para personas que no solicitan cobertura, es opcional proporcionar un número de seguro social (NSS) o situación de ciudadanía)

Situación de ciudadanía: (marque una)

☐ Ciudadano o nacional de EE. UU. ☐ No ciudadano presente de manera legal en EE. UU. ☐ Otro

Número del Seguro Social (NSS): _____

Si esta persona no es ciudadano y está presente de manera legal, escriba la siguiente información:

Tipo de documento de inmigración: _____ Número "A": _____ Número de recibo u otro número: _____

Número de pasaporte extranjero: _____ País de emisión: _____

Fecha de entrada al país: (MM/DD/AAAA) _____ Fecha de vencimiento del documento: (MM/DD/AAAA) _____

Situación de declaración de impuestos prevista para el año en curso (seleccione una)

- ☐ Soltero(a) que declara impuestos
- ☐ Jefe de familia
- ☐ Viudo(a) calificado(a) con hijo dependiente
- ☐ Casado declarando por separado
- ☐ Casado declarando de manera conjunta:
- ☐ Dependiente fiscal de otra persona en la solicitud
- ☐ Dependiente fiscal de otra persona que no está en la solicitud
- ☐ La persona no ha declarado impuestos ni fue dependiente fiscal

Nombre del contribuyente primario: _____

¿Tuvo usted la misma situación de declaración de impuestos el año pasado que la seleccionada para el año actual?
☐ No ☐ Sí

_____
Si contestó que no, escriba su situación de declaración de impuestos del año pasado:

(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Si presentará esta solicitud entre el 1 de noviembre y el 31 de diciembre de este año calendario, ¿espera declarar con la misma situación fiscal el próximo año que la de este año? ☐ No ☐ Sí

Raza (OPCIONAL - marque todas las aplicables)

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Indio asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Camboyano
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Guameño
- ☐ Hawaiano
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Otro isleño del Pacífico
- ☐ Otra raza
- ☐ Samoano
- ☐ Tailandés
- ☐ Vietnamita
- ☐ Blanco

¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- ☐ Cubano
- ☐ Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano
- ☐ No español/hispano
- ☐ Otro español/hispano
- ☐ Puertorriqueño

Por qué preguntamos esto - Usamos esta información para ayudar a promover la equidad en servicios de salud y aumentar el acceso a los servicios de salud para todas las personas. La información que nos proporcione no le impedirá inscribirse en un plan de salud.

¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska? ☐ No ☐ Sí

Para incluir a más miembros del hogar, anexe una hoja con la información solicitada de cada persona.

11 Información sobre su hogar

Información para indígenas americanos y nativos de Alaska

Los indígenas americanos y nativos de Alaska pueden ser elegibles para protecciones especiales de Apple Health y para beneficios especiales a través de Washington Healthplanfinder. Llene la tabla siguiente para cada persona incluida en la solicitud que tenga ascendencia de indígenas americanos o nativos de Alaska.

Nombre de la persona _____ Nombre de la tribu _____

Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;
Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska ☐ No ☐ Sí

Nombre de la persona _____ Nombre de la tribu _____

Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;
Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska ☐ No ☐ Sí

Nombre de la persona _____ Nombre de la tribu _____

Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;
Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska ☐ No ☐ Sí

Nombre de la persona _____ Nombre de la tribu _____

Miembro de una tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal;
Accionista de una corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska ☐ No ☐ Sí

Residencia

Un residente de Washington es alguien que reside actualmente en Washington, que tiene la intención de residir en Washington, incluyendo personas sin una dirección fija; o que ha ingresado al estado con una oferta de empleo o en busca de empleo.

¿Todos los que solicitan la cobertura de salud son residentes del estado de Washington? ☐ No ☐ Sí

_____ _____ _____

Si contestó que no, escriba quienes no son residentes:

Consumo de tabaco

¿Alguno de los miembros del hogar que aparece en esta solicitud ha consumido regularmente productos de tabaco en los últimos 6 meses? ☐ No ☐ Sí

_____ _____ _____

Si contestó que sí escriba su nombre:
(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Adulto discapacitado dependiente tributario

Un adulto discapacitado dependiente tributario es un individuo que no es capaz de conservar un empleo debido a una discapacidad y que depende para su sostén de un miembro del hogar.

¿Tiene usted algún hijo adulto que sea un dependiente discapacitado de 26 años de edad o más? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí escriba su nombre:
(Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health)

Información sobre prisión y cárcel

1. ¿Está usted o alguna de las personas en la solicitud en la prisión o cárcel? ☐ No ☐ Sí

   Si contestó que sí escriba su nombre:

2. ¿Está pendiente la resolución de los cargos? ☐ No ☐ Sí
3. ¿La fecha de liberación es antes de 30 días? ☐ No ☐ Sí

Registro de votantes

Si no está registrado para votar en donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar su registro para votar? ☐ No ☐ Sí

Si selecciona "Sí" se le enviará un formulario de registro como votante.

Hacer una solicitud para registrarse, o negarse a registrarse para votar, no afectará el monto de la asistencia que se le brindará, ni su elegibilidad.

Si desea recibir ayuda para llenar la solicitud de registro como votante, puede obtener asistencia en la línea sin costo de ayuda para registro de votantes de Washington, 1-800-448-4881. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar su solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o a negarse a registrarse para votar, o con su derecho a la privacidad al decidir si desea registrarse, puede presentar una denuncia ante la Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, por correo electrónico a **elections@sos.wa.gov**, o llamar al 1-800-448-4881.

Firma de los solicitantes del plan de salud calificado

ALTO: Usted podría ser elegible para cobertura gratuita o de bajo costo. Si no quiere que sus ingresos se tomen en cuenta y le gustaría inscribirse en un plan de salud calificado (QHP), firme abajo y entregue su solicitud. Usted pagará el costo total de su cobertura de salud y no tiene que contestar la parte 2 de la solicitud.

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades.

Al firmar esta solicitud usted acepta que Washington Healthplanfinder comparta su información con otras agencias estatales y federales.

Firma

Fecha

CONTINÚE: para solicitar Washington Apple Health (Medicaid) o créditos fiscales que reduzcan la prima de su seguro, debe contestar la parte 2 de esta solicitud.

PARTE 2

1 Información sobre el seguro de salud

¿Usted o alguno de los solicitantes tiene una cobertura de seguro de salud que no sea de Washington Apple Health (Medicaid o CHIP)?

(Algunos ejemplos son seguros privados o de empleadores, seguros con beneficios limitados, Medicare, de veteranos,

del Cuerpo de Paz, Tri-Care y otros seguros) ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, llene la información en la tabla que aparece a continuación. Si más de una persona tiene otro seguro, use hojas adicionales.

Nombre de la compañía de seguros o el empleador: _____ Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza/empleado: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Escriba todos los miembros del hogar cubiertos bajo este plan: _____ Escriba todos los miembros cubiertos bajo este plan: _____

Escriba todos los miembros del hogar cubiertos bajo este plan: _____ Escriba todos los miembros cubiertos bajo este plan: _____

Escriba todos los miembros del hogar cubiertos bajo este plan: _____ Escriba todos los miembros cubiertos bajo este plan: _____

2 Seguro de salud para niños

Omita esta pregunta y vaya a la próxima sección (Información de facturas médicas no pagadas) si no va a solicitar cobertura para un menor.

¿Su seguro de salud cubre a sus hijos? ☐ No ☐ Sí

_____ _____ _____

Si contestó que sí, escriba el nombre del menor

¿Ha dejado la cobertura de seguro de salud de sus hijos menores de 19 años de edad,

en los últimos cuatro meses? ☐ No ☐ Sí

_____

Si contestó que sí, ¿cuándo terminó la cobertura?

3 Información de facturas médicas no pagadas

¿Usted o alguno de los solicitantes necesita ayuda para pagar facturas médicas no pagadas por servicios recibidos en alguno de los 3 meses inmediatamente previos al mes actual? ☐ No ☐ Sí

_____ _____ _____

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona:

4 Cuidado de crianza previo

¿Alguno de los miembros del hogar que ahora tenga de 18 a 25 años de edad estaba en cuidado de crianza cuando cumplió 18 años? ☐ No ☐ Sí

_____ _____ _____

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona:

5 Información médica de emergencia para no ciudadanos

Usted o un miembro de su familia pueden ser elegibles para cobertura limitada para emergencias incluso si no son elegibles para otra cobertura debido a su situación de inmigración.

Marque todas las casillas que se aplican a todas las personas que no tengan ciudadanía incluidas en su solicitud y escriba sus nombres en el espacio provisto:

☐ Ha recibido tratamiento por un trastorno médico de emergencia este mes o durante los tres meses anteriores:

Quién: _____

☐ Necesita diálisis o tratamiento contra el cáncer: Quién: _____

☐ Necesita medicamento contra el rechazo como resultado de un trasplante de órgano: Quién: _____

☐ Necesita residencia para ancianos, vida asistida o atención en casa: Quién: _____

6 Información sobre embarazos

¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? ☐ No ☐ Sí (Utilice el segundo renglón si hay más de una persona que está embarazada o llegó al final de un embarazo). Si contestó que sí,

_____ _____ _____

Escriba el nombre: Fecha esperada de parto: Cantidad esperada:

_____ _____ _____

Escriba el nombre: Fecha esperada de parto: Cantidad esperada:

¿Usted o alguno de los miembros del hogar en esta solicitud estuvo embarazada en los últimos 12 meses? ☐ No ☐ Sí

(Utilice el segundo renglón si hay más de una persona embarazada). Si contestó que sí,

Escriba el nombre: _____ Fecha en que terminó el embarazo: _____

Escriba el nombre: _____ Fecha en que terminó el embarazo: _____

7 Información del ingreso bruto

Esta sección nos ayuda a determinar el monto del ingreso bruto ajustado modificado del hogar (por sus siglas en inglés, "MAGI"). El ingreso MAGI debe usarse para determinar si es elegible para la mayoría de los programas de cobertura de servicios de salud. Conteste las siguientes preguntas para cada miembro de su hogar incluido en su solicitud con la mayor precisión posible. Solo escriba la información referente al tipo de ingreso mencionado.

Deberá escribir la información de su ingreso mensual bruto actual (monto antes de deducciones), así como los de su cónyuge y de todos los menores y dependientes fiscales, sin importar la edad, a menos que el menor o dependiente fiscal no esté obligado a declarar impuestos. Para ver más información sobre cómo informar sus ingresos, visite **wahbexchange.org/how-to-report-income**

Nota: Los indígenas americanos y nativos de Alaska (IA/NA) no tienen que reportar ingresos IA/NA que el Servicio de Recaudación Interna excluya de los ingresos brutos imponibles de un IA/NA. Además, los IA/NA no tienen que reportar ciertos tipos de ingresos para Washington Apple Health (Medicaid) como se describe en WAC 182-509-0340.

Ingresos de un empleo: ¿Usted o algún miembro de su hogar se encuentra empleado actualmente? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona empleada, nombre del empleador y el monto actual mensual bruto recibido en salarios, sueldos o ingresos por propinas. No escriba los ingresos por trabajo independiente en esta sección. Puede optar por proporcionar un promedio de sus ingresos si hay indicaciones claras de un cambio en el futuro, por ejemplo, si trabaja en un empleo estacional. Estime un monto mensual calculando el promedio de sus ingresos a lo largo de un período de tiempo representativo, como se describe en WAC 182-509-0310.

Nombre de la persona empleada _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

$: _____
Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

¿El empleador le ofreció un seguro de salud a esta persona? ☐ No ☐ Sí

_____
Si contestó que sí, mencione a todos los miembros del hogar a los que se les ofreció seguro

$: _____
¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir solamente al empleado?

$: _____
¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir a su hogar?*

Nombre de la persona empleada _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

$: _____
Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

¿El empleador le ofreció un seguro de salud a esta persona? ☐ No ☐ Sí

_____

Si contestó que sí, mencione a todos los miembros del hogar a los que se les ofreció seguro

$: _____

¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir solamente al empleado?

$: _____

¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir a su hogar?*

_____ _____

Nombre de la persona empleada | Nombre del empleador

_____ _____ _____ _____

Dirección del empleador | Ciudad | Estado | Código postal

$: _____

Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S)

¿El empleador le ofreció un seguro de salud a esta persona? ☐ No ☐ Sí

_____

Si contestó que sí, mencione a todos los miembros del hogar a los que se les ofreció seguro

$: _____

¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir solamente al empleado?

$: _____

¿Cuál es la prima mensual más baja que ofreció este empleador para cubrir a su hogar?*

***Proporcione este dato incluso si no planea aceptar el seguro del empleador para otros miembros de su hogar. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad para Apple Health.**

Ingresos por empleo independiente: ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene trabajo independiente? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos netos estimados mensuales actuales (ganancias después de cubrir los gastos del negocio) del trabajo independiente. Consulte la página ii para ver los gastos de negocios permitidos. Puede optar por proporcionar un promedio de sus ingresos si hay indicaciones claras de un cambio en el futuro. Estime un monto mensual calculando el promedio de sus ingresos a lo largo de un período de tiempo representativo, como se describe en WAC 182-509-0370.

_____ _____ _____

Nombre de la persona con empleo independiente | Nombre de la compañía (si la hay) | Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

_____ _____ _____

Nombre de la persona con empleo independiente | Nombre de la compañía (si la hay) | Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

_____ _____ _____

Nombre de la persona con empleo independiente | Nombre de la compañía (si la hay) | Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Ingreso del Seguro Social: ¿Usted o algún miembro de su hogar recibe ingresos del Seguro Social? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos de la Administración del Seguro Social por jubilación, discapacidad beneficios para sobreviviente. No incluya los ingresos suplementarios del seguro social (SSI).

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)	Ingreso bruto mensual
Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)	Ingreso bruto mensual
Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)	Ingreso bruto mensual

Ingresos por alquileres: ¿Usted o algún miembro de su hogar recibe ingresos por alquileres? ☐ No ☐ Sí
Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos por alquilar bienes raíces o propiedades personales. Escriba los ingresos netos, después de los gastos deducibles de negocios.

Nombre de la persona que recibe ingresos	Nombre del inmueble (si tiene uno)	Ingreso neto mensual
Nombre de la persona que recibe ingresos	Nombre del inmueble (si tiene uno)	Ingreso neto mensual
Nombre de la persona que recibe ingresos	Nombre del inmueble (si tiene uno)	Ingreso neto mensual

Ingresos por empleo independiente: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud tiene trabajo independiente?
☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos netos estimados mensuales actuales (ganancias después de cubrir los gastos del negocio) del trabajo independiente. Consulte la página ii para ver los gastos de negocios permitidos. Puede optar por proporcionar un promedio de sus ingresos si hay indicaciones claras de un cambio en el futuro. Estime un monto mensual calculando el promedio de sus ingresos a lo largo de un período de tiempo representativo, como se describe en WAC 182-509-0370.

Nombre de la persona con empleo independiente	Nombre de la compañía (si la hay)	Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)
Nombre de la persona con empleo independiente	Nombre de la compañía (si la hay)	Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)
Nombre de la persona con empleo independiente	Nombre de la compañía (si la hay)	Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de una corporación o corporación S aquí)

Ingreso del Seguro Social: ¿Usted o alguna de las personas incluidas en su solicitud recibe ingresos del Seguro Social?

☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos de la Administración del Seguro Social por jubilación, discapacidad beneficios para sobreviviente. No incluya los ingresos suplementarios del seguro social (SSI).

Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)	Ingreso bruto mensual
Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)	Ingreso bruto mensual
Nombre de la persona que recibe seguro social (no SSI)	Ingreso bruto mensual

8 Otros ingresos

No incluya manutención infantil ni pagos a veteranos distintos a la pensión. Marque todos los que correspondan e infórmenos quién lo recibe, qué cantidad recibe y con qué frecuencia la recibe.

☐ Pensión de divorcio / Manutención conyugal	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Ingresos por anualidad o pensión	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Ganancias de capital	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Dividendos, acciones o valores	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Ingresos por agricultura	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Ingresos obtenidos en el extranjero	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Ingresos de un fideicomiso	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Ingresos por intereses	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
☐ Ingresos por una IRA	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____
	Quién: _____	$: _____	Frecuencia: _____

☐ Otros ingresos imponibles Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Beneficios por jubilación de ferrocarriles Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Ingresos por regalías Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Ingresos tribales imponibles Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Beneficios por desempleo Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

¿Los miembros del hogar menores de 19 años o dependientes fiscales en esta solicitud alcanzarán el umbral necesario para obligarlos a presentar una declaración de impuestos federales para este año?

_____
Nombre ☐ No ☐ Sí

_____
Nombre ☐ No ☐ Sí

_____
Nombre ☐ No ☐ Sí

9 Deducciones

Estos gastos pueden reducir los ingresos que tomamos en cuenta para algunos tipos de cobertura de cuidado de la salud, del mismo modo en que el IRS los usa para reducir la cantidad de impuestos que usted debe. Si decide no contestar, aún podría ser elegible para cobertura de servicios de salud gratuita o a bajo costo.

☐ Pensión de divorcio / Manutención conyugal pagadas Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Ciertos gastos de negocios declarables Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Gastos de educador Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Aportaciones a cuentas de ahorros de salud Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Costos de mudanza para una mudanza militar oficial
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Sanciones por el retiro anticipado de ahorros
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Aportaciones antes de impuestos a cuentas para el retiro
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Seguro de salud para trabajo por cuenta propia
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Plan de jubilación de trabajo por cuenta propia
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Impuestos por trabajo por cuenta propia
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

☐ Intereses sobre préstamos estudiantiles
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____
Quién: _____ $: _____ Frecuencia: _____

10 Información complementaria

¿Alguno de los miembros que solicitan cobertura necesita alguno de estos servicios?

a. Servicios de atención a largo plazo debido a que actualmente está viviendo en una institución médica, o espera trasladarse a una, como una residencia para ancianos. ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

Tipo de institución: _____

b. ¿Un cuidador en el hogar? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

c. ¿Servicios de atención para vida asistida? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

d. ¿Servicios a través de la División de Discapacidades del Desarrollo? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

e. ¿Atención para pacientes terminales? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____

f. ¿Cobertura de servicios de salud porque están incapacitados para trabajar debido a un trastorno de salud o discapacidad? ☐ No ☐ Sí

Si contestó que sí, escriba el nombre de la(s) persona(s): _____

Quizá tenga que llenar un formulario 18-005 de la HCA (hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- Tiene 65 años de edad o más o está en Medicare.
- Usted contestó que sí a alguna de las preguntas de la a a la f anteriores.
- Usted solicita el programa para médicamente necesitados (MN) o el programa de Servicios de Salud para Trabajadores con Discapacidades (HWD).

11 Lea detenidamente antes de firmar

Divulgación de información a otras agencias estatales y federales:

Autorizo a Washington Healthplanfinder para que verifique electrónicamente la información de mi declaración de impuestos durante el proceso de renovación anual hasta por 5 años. Comprendo que puedo cambiar mi consentimiento en cualquier momento. Al marcar esta casilla, permito que se apliquen créditos fiscales a mi renovación anual sin necesidad de realizar alguna otra acción.

☐ No ☐ Sí

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del folleto *Derechos y Responsabilidades del Cliente*.

12 Declaración y firma

Para solicitar Washington Apple Health (Medicaid) gratuito o de bajo costo, o créditos fiscales que reduzcan la prima de su seguro, debe firmar en la parte de abajo.

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

_____ _____

Firma Fecha