

Solicitud de

Cobertura de Cuidado de la Salud

(y para averiguar si puede obtener ayuda con los costos)

| | |
|--|--|
| <p>Use esta solicitud para ver para cuál cobertura de cuidado de la salud califica usted:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de cuidado de la salud a bajo costo o gratuita de Washington Apple Health (Medicaid), incluyendo el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) • Un crédito fiscal para ayudar a pagar sus primas de salud para un plan de salud calificado • Planes de salud y dentales calificados privados a costo completo |
| <p>Más rápido en línea</p> | <p>Llene su solicitud en www.wahealthplanfinder.org</p> |
| <p>Información que necesitará para presentar la solicitud:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Números del seguro social • Cumpleaños • Pasaporte extranjero, número "A", u otros números de inmigración para inmigrantes que solicitan cobertura de salud • Información sobre ingresos para todos los adultos y menores que deben presentar declaraciones de impuestos • Información sobre seguros de salud disponibles para su familia |
| <p>¿Por qué solicitamos tanta información?</p> | <p>Necesitamos la siguiente información para determinar para qué cobertura de salud califica. Conservaremos en privado la información que nos proporcione, como lo exige la ley.</p> |
| <p>Envíe su solicitud completa y firmada a:</p> | <p>Washington Healthplanfinder PO Box 946 Olympia, Washington, 98507 o por fax al 1-855-867-4467</p> <p>Si no tiene toda la información que solicitamos, puede comenzar su solicitud llenando su nombre, fecha de nacimiento, firma y dirección, y enviándola a la dirección que aparece arriba.</p> |
| <p>Obtenga ayuda con esta solicitud:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En línea: www.wahealthplanfinder.org • Teléfono: Llame al Centro de Servicio al Cliente al 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 vínculo de servicio a clientes en www.wahealthplanfinder.org. • Idioma o discapacidad: Para obtener ayuda gratuita en su idioma (incluyendo un intérprete o materiales impresos traducidos) o facilidades para su discapacidad, llame al 1-855-WAFINDER (855-923-4633) o 1-855-627-9604 (TTY) |

Definiciones

Créditos fiscales para primas de seguro de salud: Puede usar los créditos fiscales para reducir su prima mensual, la cantidad que paga cada mes por su plan de salud.

Washington Healthplanfinder: Un mercado en línea para individuos, familias y pequeños negocios en 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.

Prima: La cantidad que usted paga cada mes por su plan de salud. Debe pagar su prima incluso si no recibió ningún servicio de cuidado de la salud.

Plan de salud calificado: Cobertura de salud privada a través de Washington Healthplanfinder.

Cobertura mínima esencial: 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 individuales de mercado, cobertura por empleo, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico 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 cuidado de la salud que todos los planes deben cubrir, como consultas médicas, estancias hospitalarias y medicamentos de prescripción. 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 Médico para Niños (CHIP), y programas de cuidado de la salud financiados sólo por el estado.

Para personas con empleo independiente

Puede restar los siguientes gastos permisibles de sus ingresos brutos para obtener el monto de sus ingresos netos como trabajador independiente. Puede ver más información en las “Instrucciones para el Anexo C o el Anexo F” en www.irs.gov. Algunos gastos permisibles son:

- Gastos de automóvil y camión
- Comisiones, honorarios y trabajo por contrato
- Agotamiento
- Depreciación
- Programas de beneficios, jubilación y reparto de utilidades para empleados
- Seguros (excepto seguros de salud) e intereses hipotecarios
- Servicios legales y profesionales
- Gastos de oficina, alquiler y arrendamiento
- Seguros de propiedad, responsabilidad civil o interrupción de negocios
- Insumos, reparaciones y mantenimiento
- Viajes, comidas y entretenimiento
- Servicios básicos, impuestos y licencias
- Salarios (excepto créditos al empleo)

Derechos y Responsabilidades de la Cobertura de Salud

Sus derechos (nosotros debemos)

para todos los programas de cobertura de cuidado de la salud

Ayudarle a leer y llenar todos los formularios solicitados. Para obtener asistencia puede comunicarse con Washington Healthplanfinder o, si es una persona de la tercera edad, ciego o discapacitado, o necesita servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), puede comunicarse al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS).

Ofrecer los servicios de un intérprete o traductor sin costo para usted y sin demoras cuando se comunique con Washington Healthplanfinder, la Health Care Authority o el DSHS.

Mantener su información personal privada pero es posible que compartamos algunos datos con otras agencias estatales y federales para el proceso de verificación e inscripción.

Darle la oportunidad de apelar si no está de acuerdo con una determinación de Washington Healthplanfinder o del DSHS que afecte su elegibilidad para una cobertura de salud, LTSS, un plan de salud, créditos fiscales para primas de seguro de salud, reducciones por costos compartidos. Si pide una apelación su caso será revisado. Hay más información sobre el proceso de apelaciones de Washington Healthplanfinder en la página de apelaciones de en <http://www.wahbexchange.org/appeals/> o comunicándose con el Centro de Servicio a Clientes de Washington Healthplanfinder al 1-855-923-4633. Para obtener información sobre apelaciones para programas del DSHS, puede llamar al Centro de Servicio a Clientes del DSHS al 1-877-501-2233 o ir a la oficina de Servicios Comunitarios y del Hogar de su localidad.

Si la apelación se refiere a una decisión sobre la cobertura de Washington Apple Health, que no fue resuelta por una revisión del caso, se

programará una audiencia administrativa.

Tratarlo de manera justa. La discriminación es ilegal. El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidades o sexo. El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority no excluyen a personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidades o sexo.

El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority también cumplen con las leyes estatales vigentes y no discriminan con base en 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 o animal de servicio por una persona con discapacidad.

El Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority:

- 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)
- Proporciona 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 Washington Health Benefit Exchange y la Health Care Authority no le han proporcionado estos servicios, o lo han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

- **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 o la División de Servicios Legales de la Health Care Authority están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., ya sea de manera electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Sus responsabilidades (usted debe) en todos los

programas de cobertura de salud

Proporcionar su SSN y situación migratoria.

Con algunas excepciones, usted debe proporcionar un Número de Seguro Social (por sus siglas en inglés, "SSN") o número de documento de inmigración, de usted o de cualquier persona en su hogar que desee solicitar cobertura de salud. Se requiere un SSN para solicitar un crédito fiscal para primas de seguro de salud. Utilizamos esta información para determinar su elegibilidad confirmando su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y existencia de otras coberturas de cuidado de la salud.

No compartimos esta información con ninguna autoridad de inmigración.

Es posible solicitar cobertura para algunos miembros de su hogar, y no para otros. Si no tiene un SSN o un número de documento de inmigración para todos los miembros del hogar, los demás aún pueden solicitar y obtener cobertura. Por ejemplo, puede solicitarla para su hija incluso si usted no es elegible para cobertura. Presentar su solicitud no afectará su situación migratoria ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o en ciudadano.

También hay algunos programas de Washington Apple Health para personas que no pueden demostrar que están en el país de manera legal. Pero si decide no proporcionar un SSN o un número de documento de inmigración de alguna persona de su hogar, necesitaremos dar seguimiento con usted para obtener información sobre los ingresos de la persona que no solicita.

Si la agencia lo solicita, proporcionar toda la información y los comprobantes necesarios para decidir si usted es elegible.

Cosas que debe saber para todos los programas de cobertura de salud

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 requiere 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 los servicios o los beneficios que le brindará esta agencia. Puede inscribirse para votar en www.vote.wa.gov o pedir formularios para el registro de votantes llamando al 1-800-448-4881.

Las restricciones de la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, "HIPAA")** le prohíben a la Health Care Authority (HCA) y al DSHS hablar sobre la información de salud relativa a usted o cualquier miembro de su hogar con otros, incluyendo un representante autorizado, salvo que esa persona tenga un poder notarial o usted hayan firmado un formulario de consentimiento autorizando la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre la salud mental, resultados de exámenes de VIH/SIDA y de ETS o tratamiento para los mismos, y servicios de dependencia a sustancias químicas.

Para obtener más información sobre la política de privacidad de Washington Healthplanfinder, visite <https://www.wahealthplanfinder.org/content/PrivacyPolicy.html>

La Ley de Cuidado Asequible prohíbe a Washington Healthplanfinder y al DSHS proporcionar información personal que lo identifique a usted o a cualquier miembro de su hogar a cualquier persona que no esté autorizada para recibirla, y sin su consentimiento.

La información que proporcione a Washington Healthplanfinder y al DSHS está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar su elegibilidad para cobertura de cuidado de la salud. La verificación puede incluir contactos de seguimiento del personal de la agencia.

Si comienza a llenar una solicitud para seguro de salud 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 una solicitud después del período de 90 días, su información se borrará del sistema de Washington Healthplanfinder.

Washington Healthplanfinder, la HCA y el DSHS no son responsables de administrar su plan de seguro de salud. Su aseguradora puede proporcionarle más información sobre sus beneficios.

Si tiene preguntas acerca de los términos de su plan de seguro de salud, incluyendo los beneficios para los que es elegible, gastos por su propia cuenta bajo su plan, y hacer una reclamación de beneficios o apelar una denegación de beneficios, debe comunicarse con su aseguradora de salud. 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 vigente 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.

Puede solicitar los servicios de cumplimiento de manutención a través de la División de Manutención de Menores (por sus siglas en inglés, "DCS").

Para obtener una solicitud para estos servicios, visite www.childsupportonline.wa.gov o comuníquese con su oficina local de la DCS.

Sus derechos (nosotros debemos) sólo para Washington Apple Health

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 llene la solicitud.

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

Procesar su aplicación 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 elegibilidad. Si nos pide más tiempo, se lo daremos. Si no nos entrega la información o pide más tiempo, es posible que deneguemos, cancelemos o cambiemos su cobertura de cuidado de la salud.

Ayudarle si tiene problemas para obtener alguna información o comprobante que necesitamos 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 salud.

Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, dentro de un plazo de 45 días. La cobertura de cuidado de la salud para algunos casos de discapacidad puede tomar hasta 60 días. Le entregaremos 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 al investigador entrar a su vivienda. Puede pedir al investigador que regrese en otro momento. Esta petición no afectará su elegibilidad para cobertura de seguro 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 descritos en WAC 182-503-0120, si usted es elegible.

Sus responsabilidades (usted debe) sólo para Washington Apple Health

Reportar cambios según lo requerido en WAC

182-504-0105 y WAC 182-504-0110 dentro de un plazo de 30 días del cambio.

Leer su carta de aprobación para ver qué cambios debe informar.

Llenar renovaciones cuando se le solicite.

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

Solicitar Medicare si tiene derecho a él.

Cooperar con el personal de Control de Calidad cuando sea requerido.

Solicitar y hacer esfuerzos razonables para obtener ingresos potenciales de otras fuentes cuando pida o reciba cobertura de Washington Apple Health.

Cosas que debe saber sólo para Washington Apple Health

Al solicitar y recibir Washington Apple Health, usted le cede al Estado de Washington los derechos a toda asistencia médica y a todo pago de terceros por servicios de cuidado de la salud.

La agencia podría compartir el historial de inmunización de su hijo(a) con el Sistema de Seguimiento de Perfiles de Inmunización Infantil.

La información que usted reporte se podría proporcionar al DSHS para determinar la elegibilidad y beneficios mensuales para programas tales como cobertura de cuidado de la 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 sólo 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 a sus bienes inmuebles antes de su muerte, a cualquier edad, si usted es internado de manera permanente en una institución (WAC 182-527-2734). 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;
- Si 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 en WAC 182-527-2734.

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

Cosas que debe saber sólo para planes de salud calificados

Verificamos su información: Confirmamos la información de su solicitud en la base de datos federal. Si la información que incluye en su solicitud no coincide con la base de datos federal, tendrá 95 días para proporcionar estos documentos. No responder a nuestras solicitudes podría tener como resultado la cancelación de su cobertura o de sus créditos fiscales. Es responsabilidad de usted responder a nuestra solicitud, comunicarse con nosotros cuando tenga preguntas, y responder antes de la fecha límite.

Número del Seguro Social (NSS): Está obligado a proporcionarnos los números del seguro social de todos los miembros de su hogar que lo tengan. Si alguien no tiene

número de seguro social, aún podría obtener cobertura de seguro de salud.

Informe los cambios de ingresos de inmediato: Los ingresos que escriba en su solicitud son una estimación de cuánto cree que ganará este año. Cuando sus ingresos cambien debe actualizar su estimación. Un cambio en sus ingresos podría cambiar su elegibilidad para créditos fiscales y eso a su vez cambiará sus deducibles y sus reducciones por costos compartidos. Sea tan preciso como le sea posible al estimar sus ingresos e informe con rapidez de todos los cambios significativos.

La reconciliación de créditos fiscales es obligatoria. Usted está obligado a informar de los créditos fiscales que reciba al IRS. Para hacerlo debe llenar una declaración anual de impuestos del IRS e incluir los formularios correctos del IRS. De no informar al IRS de sus créditos fiscales no recibirá más créditos fiscales en el futuro. Para obtener más informan, lea las instrucciones incluidas con los formularios 1095 y 8962 del IRS.

Los costos de seguros de salud mostrados pueden cambiar. Los costos pueden cambiar con base en las prácticas de suscripción de la aseguradora y en su elección de las opciones disponibles.

[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 (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပေါ်အဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 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)。

[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 ຜະລິດ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໃດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[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.

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

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 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] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዲሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[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).

Solicitud de cobertura de cuidado de la salud

PARTE 1

| Nombre e información de contacto del solicitante principal | | | | |
|---|--|--|---------|--|
| Nombre, inicial intermedia, apellido y sufijo | | Fecha de nac. (MM/DD/AAAA) | | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Firma del solicitante principal o de su representante autorizado (requerida) X _____ | | Número del Seguro Social _____ | | |
| ¿Tiene domicilio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Aun así debe incluir una dirección de correo. Si contestó que no, ¿en qué condado desearía recibir sus servicios de cuidado de la salud? _____ | | | | |
| Dirección en la que vive | | Ciudad | Condado | Estado |
| Dirección de correo (si es diferente) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono principal <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo | | Número de teléfono secundario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo | | Dirección de correo electrónico |
| Washington Healthplanfinder podría necesitar comunicarse con usted respecto al estatus de su solicitud y/o para pedirle más información. ¿Cómo prefiere que lo contacten? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal | | | | |
| Información sobre idioma | | | | |
| ¿Usted o alguien para el que está realizando la solicitud desea un intérprete y necesita recibir documentos en un idioma diferente al inglés? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, ¿qué idioma o formato alternativo necesita? Incluya todos los necesarios: _____ | | | | |
| Información sobre el embarazo | | | | |
| ¿Alguien en el hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | | | |

HCA 18-001P SP (10/19) Spanish



18001

Información del representante autorizado

1. Un representante autorizado 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. Es diferente a asociarse con un Navegador o un Agente.
 2. Si un solicitante no puede designar un representante autorizado, debido a una afección médica, una persona puede designarse a sí misma como representante autorizado llenando el Formulario de Designación de Representante Autorizado (DSHS 14-532) en www.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 reciba notificaciones relacionadas con su solicitud y su cuenta? No Sí

| | |
|---|---------------------------------|
| Nombre del representante autorizado / organización | Número de teléfono |
| Dirección de correo postal del representante autorizado | Dirección de correo electrónico |

Información sobre su familia

Debe incluir a estas personas en su solicitud: su cónyuge, sus hijos que vivan con usted, todos los padres que vivan en el hogar con sus hijos, y toda persona que usted prevé incluir como dependiente en su declaración federal de impuestos, si la presenta. **(Use las páginas 3 a 7 para proporcionar información sobre su familia).**

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

No necesita declarar impuestos para solicitar cobertura de salud.

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 Washington Apple Health (Medicaid) y para beneficios especiales a través de Washington Healthplanfinder. Llene la tabla siguiente para cada miembro incluido en la solicitud que tenga ascendencia de indígenas americanos o nativos de Alaska.

| Nombre de la persona | Nombre de tribu ⁱ | Miembro de tribu, banda, pueblo o ranchería con reconocimiento federal; accionista de corporación de villa o corporación regional de nativos de Alaska |
|----------------------|------------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

Residencia

Un residente de Washington es alguien que ya reside en Washington, que tiene intención de residir en Washington, incluyendo personas sin 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 no, indique quién no es residente: _____

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 el nombre: _____

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

Adulto discapacitado dependiente

Un hijo adulto discapacitado 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 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

2. Si contestó que sí, escriba su nombre: _____

3. ¿Está pendiente la resolución de los cargos? No Sí

4. ¿Es la fecha de liberación 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. Usted decide si desea buscar o aceptar ayuda. 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 División Electoral del Estado de Washington, 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 para un Plan de Salud Calificado

ALTO: Usted podría ser elegible para una cobertura gratuita o de bajo costo. Si no desea que se tomen en cuenta sus ingresos y desearía inscribirse en un Plan de Salud Calificado (por sus siglas en inglés, "QHP"), firme aquí y envíe su solicitud. Usted pagará todo el costo de su cobertura y no necesita llenar 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 _____

SIGA: Para solicitar Washington Apple Health (Medicaid) o créditos fiscales para reducir la prima de su seguro, debe llenar la Parte 2 de esta solicitud.

PARTE

2

| Información sobre el seguro de salud | | | | |
|--|------------------|-----------------|--|--|
| ¿Usted o alguno de los solicitantes tienen cobertura de un seguro de salud que no sea de Washington Apple Health (Medicaid o CHIP)? (Algunos ejemplos son seguros privados o de empleadores, Medicare, Veteranos, Cuerpo de Paz y Tri-Care) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, proporcione la información en la tabla siguiente. Si más de una persona tiene otro seguro, use hojas adicionales. | | | | |
| Nombre de la compañía de seguros o empleador | Número de póliza | Número de grupo | Nombre del titular de la póliza/empleado | Fecha de nac. del titular de la póliza |
| | | | | |
| Mencione a todos los miembros cubiertos bajo este plan: _____ _____ | | | | |
| Seguro patrocinado por el empleador | | | | |
| ¿Su empleador le ofreció cobertura de seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (si contestó que sí, proporcione la información del empleador en la tabla anterior). ¿Cuánto le costaría inscribirse en el plan de menor precio? (no incluya el costo para sus familiares). Costo mensual del plan: \$ _____ Frecuencia de pago (por ejemplo, catorcenal, mensual, anual) _____ (Su respuesta a esta pregunta no afecta su elegibilidad para Apple Health) | | | | |
| Seguro de salud para niños | | | | |
| Omita esta pregunta y vaya a la próxima sección (Información de facturas médicas no pagadas) si usted no va a solicitar cobertura para un menor. ¿Su seguro médico cubre a sus hijos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, escriba el nombre de su hijo(a): _____ | | | | |
| ¿Ha dejado la cobertura de salud de sus hijos menores de 19 años de edad, en los últimos cuatro meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, ¿cuándo terminó la cobertura? _____ | | | | |

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 su nombre: _____

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 aplican a todo no ciudadano incluido en su solicitud y escriba su nombre en el espacio provisto

Ha sido tratado 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 debido a un trasplante de órgano: Quién: _____

Necesita residencia para ancianos, vida asistida o atención en el hogar: Quién: _____

Información sobre embarazo

¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? No Sí (Utilice el segundo renglón si hay más de 1 persona embarazada).

Si contestó que sí,

escriba el nombre: _____ Fecha esperada de parto: _____ Cantidad esperada: _____

escriba el nombre: _____ Fecha esperada de parto: _____ Cantidad esperada: _____

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 cuidado de la salud. Conteste las siguientes preguntas para cada miembro de su hogar incluido en su solicitud de manera tan precisa como pueda. Sólo escriba la información referente al tipo de ingreso mencionado.

Debe escribir la información de su ingreso mensual bruto actual, así como los de su cónyuge y 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 más información sobre cómo reportar sus ingresos, visite www.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 alguna de las personas incluidas en su solicitud se encuentra empleado? No Sí Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona, el nombre del empleador y el ingreso mensual bruto **actual** que el empleado recibe como sueldo, salario o propinas. No escriba los ingresos por trabajo independiente en esta sección. Puede 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 182-509-0310.

| Nombre de la persona empleada | Nombre del empleador | Dirección del empleador (incluya ciudad, estado y código postal) | Ingresos brutos (antes de impuestos) mensuales (salarios, sueldos, propinas, corporación, corporación S) |
|-------------------------------|----------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ingresos por trabajo 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.

Nota: Al responder sí a esta pregunta, usted acepta proporcionar documentación adicional sobre sus ingresos y gastos si se lo solicita la agencia.

| Nombre de la persona empleada | Nombre de la compañía (si la hay) | Ingreso neto mensual (no incluya ingresos de corporación o corporación S aquí) |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Ingresos del Seguro Social: ¿Usted o alguien incluido en su solicitud está solicitando recibir ingresos del Seguro Social? No Sí Si contestó que sí, escriba los ingresos recibidos de la Administración del Seguro Social por jubilación, incapacidad o beneficios de superviviente. No informe los ingresos suplementarios del seguro social (SSI).

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

Ingresos por alquileres: ¿Usted o alguien incluido en esta solicitud recibe ingresos por alquileres? No Sí Si contestó que sí, escriba los ingresos mensuales recibidos por el alquiler de bienes raíces o propiedades personales. Escriba el ingreso neto, después de los gastos de negocios permisibles.

| Nombre de la persona que recibe ingresos por alquileres | Nombre de la propiedad (si lo tiene) | Ingreso mensual neto |
|---|--------------------------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| Otros ingresos | | | |
|--|-------------|----------|---|
| No incluya manutención infantil, ni pagos a veteranos distintos a la pensión. Marque todos los que correspondan e infórmenos quién lo recibe, cuánto recibe y con qué frecuencia lo recibe. | | | |
| <input type="checkbox"/> Pensión de divorcio / manutención conyugal | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Anualidad o pensión | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ganancias de capital | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Dividendos, acciones o valores | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos agrícolas | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos obtenidos en el extranjero | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de un fideicomiso | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de una cuenta IRA | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros ingresos imponibles | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Jubilación de ferrocarriles | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por regalías | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos tribales imponibles | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| | Quién _____ | \$ _____ | Con qué frecuencia _____ |
| ¿Los miembros del hogar menores de 19 años de edad y dependientes impositivos en esta solicitud cumplen con los requisitos mínimos para presentar una declaración de impuestos federales este año? | | | |
| Nombre _____ | | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Nombre _____ | | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Nombre _____ | | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

Deducciones

Estos gastos pueden reducir el monto de sus ingresos que contamos para algunos tipos de coberturas de servicios de salud, así como el IRS los usa para reducir el monto de los impuestos que debe. Si decide no responder, aún podría calificar para cobertura de servicios de salud gratuita o de bajo costo.

Enumere a continuación todas las deducciones que usted declara en su declaración de impuestos. Las deducciones permitidas incluyen:

| | | | |
|--|----------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensión de divorcio/alimentos pagada | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Ciertos gastos de negocios deducibles | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Actividades de producción doméstica | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastos de educador | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Aportaciones a cuenta de ahorros de salud | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Costos de mudanza por una mudanza militar oficial | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Sanción por retiro anticipado de ahorros | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Aportación a cuenta de retiro antes de impuestos | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud por trabajo independiente | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan de retiro por trabajo independiente | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Impuestos por trabajo independiente | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses pagados por préstamos estudiantiles | Quién _____ Quién _____ | \$ _____ \$ _____ | Frecuencia _____ Frecuencia _____ |

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, tales como 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 de la División de Discapacidades del Desarrollo No Sí
Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____
- e. Atención en hospicio No Sí Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona: _____
- f. ¿Cobertura de servicios de salud porque no pueden trabajar debido a alguna afección o discapacidad?
 No Sí Si contestó que sí, escriba el nombre de la(s) persona(s): _____

Usted deberá llenar un formulario HCA 18-005 (www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf) si alguna de las siguientes circunstancias aplica a usted:

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

Lea detenidamente antes de firmar

Divulgación de información a otro estado y agencias 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*.

Declaración y firma

Para solicitar cobertura gratuita o de bajo costo de Washington Apple Health (Medicaid) o créditos fiscales para reducir sus primas de seguro, se requiere su firma a continuación.

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.

Firma _____ Fecha _____