

Aplicúe en internet
<https://insurealabama.adph.state.al.us/>



ALLKids
Children's Health Insurance Program

Mercado
de Seguros Médicos



Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de su costo



Use esta solicitud para saber las opciones de cobertura para las que usted califica

- Planes de seguros de salud privados disponibles que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano
- Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de su cuota para la cobertura de salud
- Seguro sin costo o a un costo bajo del Alabama Medicaid o de ALL Kids.
Es posible que califique para un programa sin costo o a un costo bajo aún si gana tanto como \$94,000 al año (para una familia de 4).



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o sin costo.
- Si es soltero, usted puede usar un formulario corto. Visite CuidadoDeSalud.gov.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, podría necesitar completar el Apéndice C.



Qué es lo que pudiera necesitar para la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico por su trabajo disponible para su familia



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre sus ingresos y otra información para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma confidencial y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Confidencialidad visite CuidadoDeSalud.gov.



¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 11. Nos contactaremos con usted. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras. Puede llamar a la Agencia de Medicaid de Alabama al 1-800-362-1504 o llame a ALL Kids al 1-800-373- KIDS (5437).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a ALLKids@adph.state.al.us.

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona que podemos contactar para su solicitud.)

1. Nombre, Apellidos, Sufijo			
2. Dirección Postal			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado
8. Dirección de case (si es diferente de la dirección de postal)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado
14. Número de teléfono () -		15. Otro número de teléfono () -	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. ¿Cual es su idioma preferido hablado o escrito? (si no es Inglés)			
18. Estado civil (Casado (a), Divorciado (a), Separado (a), Soltero (a), Viudo (a)) Circule Uno			

PASO 2 Díganos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos quiénes son todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara los impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar los impuestos para obtener una cobertura de salud).

Incluya:

- A usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja aunque no esten casados que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

NO tiene que incluir:

- Su pareja aunque no esten casados que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja (si no estan casados)
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted, luego incluir los otros adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, Apellidos, Sufijo _____ 2. ¿Cuál es la relación con usted?
YO MISMO

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) _____ 4. Sexo Hombre Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) _____

Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN. Aun si no desea la cobertura médica para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar el ingreso e información adicional para determinar quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

6. **¿Piensa presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

- SÍ.** Por favor responda a las preguntas a-c. **NO.** Vaya a la pregunta c.
- a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Sí, Nombre del cónyuge: _____
- b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Sí, Indique los nombres de los dependientes: _____
- c. ¿Será reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Sí, Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____
¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

7. ¿Está embarazada? Sí No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____
b. Fecha en que espera dar a luz _____

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?** Sí No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

8. **¿Necesita cobertura médica?** (Aún si tiene seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

- SÍ.** Conteste todas las preguntas de abajo  **NO.** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 3. 
Deje el resto de esta página en blanco..

9. ¿Tiene algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos? Sí No

10. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

11. **Si usted no es ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.,** ¿tiene una condición migratoria elegible?

- Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.
- a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de ID del documento _____
- c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

12. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

13. ¿Vive por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

14. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No 15. ¿Estuvo bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No

16. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

17. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

- | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano o
Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Negro o
Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro Asiático | <input type="checkbox"/> Samoano |
| | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano | <input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico |
| | | | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a ALLKids@adph.state.al.us.

PASO 2: PERSONA 1 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.

Sin empleo:

Vaya a la pregunta 28

Por cuenta propia

Vaya a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	19. Número de teléfono del trabajo () -
20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
21. Horas promedio que trabaja cada semana _____	

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	23. Número de teléfono del trabajo () -
24. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
25. Horas promedio que trabaja cada SEMANA _____	

26. En el último año, usted: Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

27. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?
\$ _____

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Si no los recibe, marque aquí	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca
<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/ regalías
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros tipos de ingresos: _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir el monto que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	<input type="checkbox"/> Otras deducciones Tipo: _____
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

30. **INGRESO ANUAL:** Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente. ➔

Su ingreso total este año \$ _____	Su ingreso total del próximo año (si considera que será diferente)) \$ _____
--	--

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, Apellidos, Sufijo _____ 2. ¿Cuál es la relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) _____ 4. Sexo Hombre Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ - ____

Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? Sí No

Si no, indique la dirección: _____

7. **¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

(Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

SÍ. Por favor responda a las preguntas a-c. **NO.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Sí, Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Sí, Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Sí, Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está embarazada? Sí No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

b. Fecha en que espera dar a luz _____

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?** Sí No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

9. **¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?**

(Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

SI Conteste todas las preguntas de abajo.



NO. PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.



10. ¿Tiene la PERSONA 2 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? Sí No

11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.**, ¿tiene un estatus de inmigración elegible?

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____

b. Número de ID del documento _____

c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

13. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

14. ¿Vive la PERSONA 2 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

15. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:

16. ¿Tuvo la PERSONA 2 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

a. **Sí**, fecha de terminación: _____

b. Motivo por el cual se terminó el seguro: _____

17. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante de tiempo completo? Sí No

18. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Blanco

Indio Americano o

Filipino

Vietnamita

Guameño o Chamorro

Negro o

Nativo de Alaska

Japonés

Otro Asiático

Samoano

Afroamericano

Indio Asiático

Coreano

Nativo Hawaiano

Otros Isleños del Pacífico

Chino

Otro _____

Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en la parte de atrás.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20..

Sin empleo: Vaya a la pregunta 30.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección

21. Número de teléfono

() -

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Anualmente \$ _____

23. Horas promedio que trabaja cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección

25. Número de teléfono

() -

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Anualmente \$ _____

27. Horas promedio que trabaja cada SEMANA

28. **En el último año, la PERSONA 2:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

NOTE: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto por actividades agrícolas/pesca

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto por rentas/ regalías

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otros tipos de ingresos: _____

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir el monto que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

Pensión alimenticia pagada

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otras deducciones Tipo: _____

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses por préstamo estudiantil

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 2, añada a la siguiente persona o vaya a la siguiente sección.

Ingreso total de la PERSONA 2 este año

\$ _____

Ingreso total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que

será diferente) \$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la Persona 2.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 2: PERSONA 3

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, Apellidos, Sufijo _____ 2. ¿Cuál es la relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) _____ 4. Sexo Hombre Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ - ____

Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.

6. ¿La PERSONA 3 vive en la misma dirección que usted? Sí No

Si no, indique la dirección: _____

7. **¿Piensa la PERSONA 3 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

(Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

SÍ. Por favor responda a las preguntas a-c. **NO.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 3 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Sí, Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará la PERSONA 3 a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Sí, Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 3 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Sí, Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 3 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está embarazada? Sí No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

b. Fecha en que espera dar a luz _____

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?** Sí No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

9. **¿Necesita la PERSONA 3 cobertura médica?**

(Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

SI Conteste todas las preguntas de abajo.



NO. PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5.

Deje el resto de esta página en blanco.



10. ¿Tiene la PERSONA 3 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? Sí No

11. ¿Es la PERSONA 3 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

12. **Si la PERSONA 3 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.**, ¿tiene un estatus de inmigración elegible?

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____

b. Número de ID del documento _____

c. ¿Ha vivido la PERSONA 3 en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

13. ¿Desea la PERSONA 3 ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

14. ¿Vive la PERSONA 3 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

15. ¿Estuvo la PERSONA 3 bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 3 tiene 22 años o menos:

16. ¿Tuvo la PERSONA 3 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

a. **Sí**, fecha de terminación: _____

b. Motivo por el cual se terminó el seguro: _____

17. ¿Es la PERSONA 3 un estudiante de tiempo completo? Sí No

18. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Blanco

Indio Americano o

Filipino

Vietnamita

Guameño o Chamorro

Negro o

Nativo de Alaska

Japonés

Otro Asiático

Samoano

Afroamericano

Indio Asiático

Coreano

Nativo Hawaiano

Otros Isleños del Pacífico

Chino

Otro _____

Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 3 en la parte de atrás.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 2: PERSONA 3 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20..

Sin empleo: Vaya a la pregunta 30.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección

21. Número de teléfono

() -

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Anualmente \$ _____

23. Horas promedio que trabaja cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección

25. Número de teléfono

() -

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Anualmente \$ _____

27. Horas promedio que trabaja cada SEMANA

28. **En el último año, la PERSONA 3:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

NOTE: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto por actividades agrícolas/pesca

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Neto por rentas/ regalías

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otros tipos de ingresos: _____

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 3 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir el monto que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

Pensión alimenticia pagada

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otras deducciones Tipo: _____

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses por préstamo estudiantil

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 3 cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 3, añada a la siguiente persona o vaya a la siguiente sección.

Ingreso total de la PERSONA 3 este año
\$ _____

Ingreso total de la PERSONA 3 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la Persona 3.

Si necesita incluir a más personas, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 2: PERSONA 4

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, Apellidos, Sufijo _____ 2. ¿Cuál es la relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/año) _____ 4. Sexo Hombre Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ - ____
Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.

6. ¿La PERSONA 4 vive en la misma dirección que usted? Sí No

Si no, indique la dirección: _____

7. **¿Piensa la PERSONA 4 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
 (Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

SÍ. Por favor responda a las preguntas a–c. **NO.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 4 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Sí, Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará la PERSONA 4 a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Sí, Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 4 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Sí, Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 4 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está embarazada? Sí No a. **Sí.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

b. Fecha en que espera dar a luz _____

Las mujeres de 19-55 podrían ser elegibles para servicios de Planificación Familiar (control de la natalidad). (Nota: Usted no será elegible para este programa si le han atado sus trompas, si la han esterilizado o recibe beneficios de Medicare) **¿Desea usted solicitar o seguir recibiendo el servicio de Planificación Familiar?** Sí No

Si usted está interesado en aplicar para los beneficios de WIC (para mujeres embarazadas o que amamantan y niños menores de cinco años) usted puede aplicar en el Departamento de Salud de su Condado.

9. **¿Necesita la PERSONA 4 cobertura médica?**

(Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

SI Conteste todas las preguntas de abajo. 

NO. PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5. 
 Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿Tiene la PERSONA 4 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? Sí No

11. ¿Es la PERSONA 4 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

12. **Si la PERSONA 4 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.**, ¿tiene un estatus de inmigración elegible?

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de ID del documento _____

c. ¿Ha vivido la PERSONA 4 en los EE.UU. desde 1996? Sí No d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

13. ¿Desea la PERSONA 4 ayuda para pagar sus cuentas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

14. ¿Vive la PERSONA 4 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo? Sí No

15. ¿Estuvo la PERSONA 4 bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 4 tiene 22 años o menos:

16. ¿Tuvo la PERSONA 4 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

a. **Sí**, fecha de terminación: _____ b. Motivo por el cual se terminó el seguro: _____

17. ¿Es la PERSONA 4 un estudiante de tiempo completo? Sí No

18. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Blanco Indio Americano o Filipino Vietnamita Guameño o Chamorro
 Negro o Nativo de Alaska Japonés Otro Asiático Samoano
 Afroamericano Indio Asiático Coreano Nativo Hawaiano Otros Isleños del Pacífico
 Chino Otro _____

Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 4 en la parte de atrás. 



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 2: PERSONA 4 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20..

Sin empleo: Vaya a la pregunta 30.

Por cuenta propia: Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	21. Número de teléfono () -
22. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente \$ _____	
23. Horas promedio que trabaja cada SEMANA	

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre de la compañía donde trabaja y dirección	25. Número de teléfono () -
26. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente \$ _____	
27. Horas promedio que trabaja cada SEMANA	

28. En el último año, la PERSONA 4: Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

NOTE: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/ regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros tipos de ingresos: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir el monto que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 4 cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 4, pase a la persona siguiente

Ingreso total de la PERSONA 4 este año \$ _____	Ingreso total de la PERSONA 4 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ _____
---	--

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la Persona 4.
Si necesita incluir a más personas, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

PASO 3

Miembro(s) de una familia Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

- No, Vaya al Paso 4.
 Sí, Vaya al Apéndice B.

PASO 4

Su Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de salud?

Sí, Verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen. NO.

Medicaid _____

CHIP _____

Medicare _____

TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o si esta activo en el ejército)

Programas de atención de la salud VA (Administración Veterana)

Cuerpo de Paz _____

Seguro de salud de su trabajo _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es esta una cobertura COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud para retirados? Sí No

Otro

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? Sí No

2. ¿Hay alguna persona indicada en esta solicitud que se le ofreció una cobertura médica en su trabajo? Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, tal como del padre o cónyuge.

Sí Tendrá que completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados? Sí No

NO. Vaya al Paso 5.

PRA Disclosure Statement

Declaración de Divulgación PRA De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a **ALLKids@adph.state.al.us**.

STEP 5

Lea y firme esta solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros Médicos si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar CuidadoDeSalud.gov o llamar al **1-800-318-2596** para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para un miembro(s) de mi hogar.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que la información de esta solicitud solamente se utilizará para determinar mi elegibilidad para un seguro médico y que será confidencial tal y como lo estipula la ley.
- Confirmando que ninguna persona solicitando el seguro médico en esta solicitud ha estado encarcelada (detenida o en prisión). Si no, _____ está encarcelado(a).
(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayudarle pagando la cobertura médica si usted elije solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe evidencia.

Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica u otros terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de casa? Sí No
- Si sí, yo sé que me pedirán cooperar con la agencia que recauda los pagos de ayuda médica de un padre ausente. Si considero que el cooperar para recaudar los pagos de ayuda médica me causará daño a mí o a mi hijo(a), yo puedo decirle a Medicaid y es posible que yo no tenga que cooperar.

Mi derecho de apelar

Si Creo que el Health Insurance Marketplace o Medicaid/Children's Health Insurance Program (CHIP) cometió un error, puedo apelar la decisión. Para apelar necesito comunicárselo al Health Insurance Market Place o Medicaid/CHIP de que la decisión que se tomo fue incorrecta, y puedo pedir una revisión justa de la determinación. Sé que puedo apelar comunicándome con el Marketplace al **1-800-318-2596**. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien además de mí. Mi elegibilidad y otra información importante se me serán explicadas.

Renovación de la cobertura en años próximos

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la ayuda de pago de la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de la declaración de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, dejándome hacer cualquier cambio y tengo la opción de exclusión en cualquier momento.

Sí, renueva mi elegibilidad en forma automática para los próximos

- 5 años (el máximo número de años permitido), o por un menor número de años:
 4 años 3 años 2 años 1 año No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Firme esta solicitud. La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------	--------------------

STEP 6

Envíe su solicitud completa por correo

Envíe por correo su solicitud firmada a:

ALL Kids Program
P.O. Box 304839
Montgomery, AL 36130-4839
1-888-373-KIDS (5437)
334-206-3783 (Número de fax)

Si necesita asistencia del Health Insurance Marketplace usted puede contactarlos a **Healthcare.gov** o llamándolos al número.

Disponible 24/7 1-800-318-2596
TTY: 1-855-889-4325

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro del votante en, www.alabamavotes.gov.

Si usted no tiene la capacidad de usar una computadora para completar su forma de registro de votante, Nosotros le podemos enviar una forma. Por favor marque aquí ___ para enviarle una forma.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? ¿Necesita ayuda con su aplicación? Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a **ALL Kids** a nuestra línea gratuita al **1-888-373-KIDS (5437)** de lunes a viernes de 7:30 hasta las 5:00 pm CST para hablar con un representante de servicio al cliente. También usted puede llamar a la **Agencia de Medicaid de Alabama** al **1-800-362-1504**. Usted puede dejarnos un mensaje en cualquier momento o enviarnos un correo electrónico a ALLKids@adph.state.al.us.