

Cobertura de salud y ayuda para pagar costos

Solicitud para más de una persona

COSAS QUE NECESITA SABER

<p>Use esta solicitud para saber para qué opciones de seguro califica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura gratis o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP) • Ayuda con los pagos que puede ayudarlo a pagar su cobertura de salud • Planes de seguro de salud que puede pagar que ofrecen cobertura integral para ayudarlo a estar sano
<p>¿Para quién es esta solicitud?</p>	<p>Miembros de un hogar (cónyuges, parejas, hijos/as, otros) que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viven en Kentucky y tienen planes de quedarse en Kentucky • Están incluidos en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted • Viven con usted, aunque no presente declaración de impuestos
<p>Presente la solicitud más rápido en internet</p>	<p>Presente la solicitud más rápido en www.kynect.ky.gov.</p>
<p>Lo que puede necesitar para presentar una solicitud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su número de Seguro Social (o número de documento si es inmigrante legal) • Información del empleador y de ingreso (por ejemplo, talones de pago de salario, formularios W-2 o declaraciones de salario e impuestos)
<p>¿Por qué pedimos esta información?</p>	<p>Le preguntamos su número de Seguro Social (SSN), su ingreso y otros datos para ver si califica y si puede recibir ayuda para pagar los costos de la cobertura de salud.</p> <p>Si necesita ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Las personas que usan TTY tienen que llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>Mantendremos toda la información que nos dé en privado, como lo exige la ley.</p>
<p>¿Qué pasa después?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envíe por correo o fax su solicitud completa y firmada a: <ul style="list-style-type: none"> Kentucky Office of the Health Benefit and Information Exchange P.O. Box 2104 Frankfort, KY 40602 Fax: 1-502-573-2005 • Si no tiene toda la información que pedimos, envíe su solicitud de todas maneras. Nos contactaremos con usted para pedirle la información que falta si no podemos completar la determinación en base a lo que nos envía. • Si podemos hacer una determinación, le enviaremos información detallada sobre los pasos que tendrá que seguir para seleccionar un plan. Tendrá que contactarnos a través de internet, llamarnos o pedir ayuda a un agente de seguros o kynector para inscribirse en un plan.
<p>Para obtener ayuda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En internet: www.kynect.ky.gov • Por teléfono: Llame a atención a clientes al 1-855-4kynect (459-6328) • Personalmente: Encuentre una lista de lugares cerca de donde usted vive en nuestro sitio web o llamándonos. • Contacte a un agente de seguros o kynector: Visite nuestro sitio web o llame al 1-855-4kynect (459-6328) para ver una lista de agentes de seguros y kynectors cerca de usted. • Español: Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al 1-855- 4kynect (459-6328) • Los usuarios de TTY tienen que llamar al 1-855-326-4654



Cobertura de salud y ayuda para pagar costos

Solicitud para más de una persona

PASO 1

Denos información sobre usted (la persona responsable)

Complete esta parte de la solicitud con información sobre la persona responsable (incluso si la persona responsable no está solicitando cobertura). Si usted está completando esta solicitud para otra persona, tiene que usar el **Apéndice B** para ingresar su información de contacto.

1. Nombre, inicial 2º, apellido y sufijo (**como aparece en su tarjeta de Seguro Social**)

2. N° Seguro Social (SSN)

Necesitamos su número de Seguro Social (SSN) si quiere cobertura y tiene un SSN. Puede ser útil darnos su SSN incluso si no quiere cobertura, porque puede acelerar el proceso de solicitud.

3. **Si quiere cobertura** y no proporciona su SSN, seleccione el motivo por el que no lo proporciona.

- Objeción religiosa No es elegible para recibir SSN debido a estatus de extranjero Solicitó SSN
 No tiene SSN y solo se puede entregar uno por un motivo válido no relacionado con trabajo Se niega a proporcionar SSN

4. Si está solicitando cobertura de salud, marque aquí y responda todas las preguntas.

Si **no está solicitando** cobertura de salud, **no responda** las preguntas 26-32 en la siguiente página.

5. Nacimiento (mm/dd/aaaa)

6. Sexo

- Masculino Femenino

7. ¿Vive en Kentucky y tiene planes de quedarse en Kentucky? (**Solo se requiere si quiere cobertura**) Sí No

8. Dirección del hogar -- **Marque aquí si no tiene una dirección del hogar. De todas maneras tendrá que ingresar una dirección postal.**

9. Ciudad

10. Estado

11. Código postal

12. Condado

13. Dirección postal (**Si es diferente a la dirección del hogar**)

14. Ciudad

15. Estado

16. Código postal

17. Condado

18. Teléfono primario Hogar Trabajo Celular
()

19. Teléfono secundario Hogar Trabajo Celular
()

20. Marque aquí para permitir que kynect envíe alertas de mensaje de texto a su teléfono primario.

21. Marque aquí para permitir que kynect envíe alertas de mensaje de texto a su teléfono secundario.

22. Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

23. Idioma que prefiere escribir (si no es inglés)



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

24. Kynect les envía el Formulario 1095-A a usted y al IRS para presentar información de inscripción y el monto de ayuda con los pagos que un hogar recibió durante el año de la cobertura, si hubo alguna ayuda. Este formulario se le enviará a través del correo, o si usted crea una cuenta en kynect, podemos notificarle a través del email que el formulario está listo para que usted lo revise. Si quiere que le notifiquen a través del email, por favor ingrese su email:

25. Usted, la persona responsable, ¿tiene planes de presentar una declaración de impuestos a la renta federal EL PRÓXIMO AÑO? (Puede solicitar seguro de salud aunque no presente declaración de impuestos a la renta federal.)

SÍ. Si contestó “Sí”, responda las preguntas a–d. **NO.** Si contestó “No”, vaya a la pregunta d.

a. ¿Cuál será su estatus de declaración de impuestos? Casado que presenta declaración de impuestos conjunta
 Casado que presenta declaración de impuestos independiente Soltero/a Jefe de hogar

b. Si está casado/a, ¿cuál es el nombre de su cónyuge? _____

c. ¿Tiene dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contestó “Sí”, indique los nombres de los dependientes: _____

d. ¿Usted está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si contestó “Sí”, indique el nombre de la persona que declara los impuestos: _____

¿Cuál es su relación con la persona que declara los impuestos? _____

Responda estas preguntas solo si quiere cobertura:

26. ¿Se le ofrece cobertura de salud por un empleo (incluido el empleo de otra persona, como el empleo del cónyuge)?

Sí. **Si contestó “Sí”,** tendrá que completar e incluir el Apéndice A con esta solicitud. No

27. ¿Quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

Si contestó “Sí”, ¿qué meses? _____

28. ¿Es usted ciudadano estadounidense o nacionalizado?

Sí No

29. Si no es ciudadano estadounidense o nacionalizado, ¿tiene estatus de inmigración?

Sí. Responda las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. N° documento ID: _____

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

d. ¿Es usted veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

30. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL) Sí No

31. Raza - (OPCIONAL)

Blanca

Indígena

Filipino

Vietnamita

De Guam o Chamorro

Negra o

estadounidense

Japonés

Otra raza asiática

Samoano

afroamericana

Nativo de Alaska

Coreano

Nativo de Hawái

Otra de Islas del Pacífico

Chino

Hindú

32. Si un miembro de su hogar murió hace poco tiempo, puede recibir ayuda para pagar por los gastos médicos de esa persona. Indique esta información sobre el miembro de su familia fallecido:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino

¿Esta persona es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL) Yes No

Femenino

Raza (OPCIONAL): _____



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al 1-855-4kynect (459-6328). Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

PASO 2

Otros miembros del hogar

Ahora tendrá que darnos información sobre los otros miembros de su hogar (incluya todos los miembros de su hogar, incluso si no quieren cobertura de salud). Incluya cónyuge, hijos y otras personas que viven en Kentucky y tienen planes de quedarse en Kentucky, están incluidos en su declaración de impuestos (aunque no vivan con usted) y viven en su hogar, incluso si no presenta declaración de impuestos. Si necesita incluir más de cuatro personas en esta solicitud, adjunte páginas adicionales con la información.

Comencemos con los miembros del hogar en su declaración de impuestos.

Persona 2

1. Nombre, inicial 2º, apellido y sufijo (como aparece en la tarjeta de Seguro Social)		2. Relación con usted
3. N° Seguro Social (SSN)		Necesitamos el número de Seguro Social (SSN) de la PERSONA 2 si la PERSONA 2 desea cobertura y tiene SSN. Puede ser útil darnos el SSN incluso si no está solicitando cobertura, porque puede acelerar el proceso de solicitud.
4. Si la PERSONA 2 quiere cobertura y no proporciona el SSN, seleccione el motivo por el que no lo proporciona. <input type="checkbox"/> Objeción religiosa <input type="checkbox"/> No es elegible para recibir SSN debido a estatus de extranjero <input type="checkbox"/> Solicitó SSN <input type="checkbox"/> Recién nacido sin SSN <input type="checkbox"/> No tiene SSN y solo se puede entregar uno por un motivo válido no relacionado con trabajo <input type="checkbox"/> Se niega a proporcionar SSN		
5. Si la PERSONA 2 está solicitando cobertura de salud, marque aquí <input type="checkbox"/> y responda todas las preguntas. Si la PERSONA 2 no está solicitando cobertura de salud, no responda las preguntas 12-17.		
6. Nacimiento (mm/dd/aaaa)	7. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
8. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que la PERSONA RESPONSABLE? <input type="checkbox"/> Sí. Si contestó "Sí" , no ingrese la dirección. <input type="checkbox"/> No. Si contestó "No" , ingrese la dirección de la PERSONA 2.		
9. Dirección del hogar	10. Dirección postal (Solo se requiere si es diferente a la dirección del hogar)	
11. ¿La PERSONA 2 tiene planes de presentar una declaración de impuestos a la renta federal EL PRÓXIMO AÑO? (Las personas pueden solicitar seguro de salud aunque no presenten declaración de impuestos a la renta federal.) <input type="checkbox"/> SÍ. Si contestó "Sí" , responda las preguntas a–d. <input type="checkbox"/> NO. Si contestó "No" , vaya a la pregunta d. a. ¿Cuál será el estatus de declaración de impuestos de la PERSONA 2 <input type="checkbox"/> Casado que presenta declaración de impuestos conjunta <input type="checkbox"/> Casado que presenta declaración de impuestos independiente <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Jefe de hogar b. Si está casado/a, ¿cuál es el nombre del cónyuge? _____ c. ¿La PERSONA 2 Tiene dependientes en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí" , indique los nombres de los dependientes: _____ d. ¿La PERSONA 2 está declarada como dependiente en la declaración de impuesto a la renta federal de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí" , indique el nombre de la persona que declara los impuestos: _____ ¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con la persona que declara los impuestos? _____		
12. ¿Se le ofrece a la PERSONA 2 cobertura de salud por un empleo (incluido el empleo de otra persona, como el empleo de padre/madre o del cónyuge)? <input type="checkbox"/> Sí. Si contestó "Sí" , tendrá que completar e incluir el Apéndice A con esta solicitud. <input type="checkbox"/> No		
13. ¿La PERSONA 2 quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí" , ¿qué meses? _____		



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al 1-855-4kynect (459-6328). Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

<p>14. ¿La PERSONA 2 es ciudadano estadounidense o nacionalizado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>15. Si no es ciudadano estadounidense o nacionalizado, ¿la PERSONA 2 tiene estatus de inmigración?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Responda las preguntas a-d.</p> <p>a. Tipo de documento de inmigración: _____</p> <p>b. N° documento ID: _____</p> <p>c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d. ¿La PERSONA 2 es veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>															
<p>16. ¿La PERSONA 2 es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																
<p>17. Raza - (OPCIONAL)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanca</td> <td><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</td> <td><input type="checkbox"/> Filipino</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> De Guam o Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana</td> <td><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> <td><input type="checkbox"/> Otra raza asiática</td> <td><input type="checkbox"/> Samoano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chino</td> <td><input type="checkbox"/> Hindú</td> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</td> <td><input type="checkbox"/> Otra de Islas del Pacífico</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> De Guam o Chamorro	<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otra de Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> De Guam o Chamorro												
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática	<input type="checkbox"/> Samoano												
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otra de Islas del Pacífico												

Persona 3

1. Nombre, inicial 2º, apellido y sufijo (como aparece en la tarjeta de Seguro Social)	2. Relación con usted
<p>3. N° Seguro Social (SSN) Necesitamos el número de Seguro Social (SSN) de la PERSONA 3 si la PERSONA 3 desea cobertura y tiene SSN. Puede ser útil darnos el SSN incluso si no está solicitando cobertura, porque puede acelerar el proceso de solicitud.</p>	
<p>4. Si la PERSONA 3 quiere cobertura y no proporciona el SSN, seleccione el motivo por el que no lo proporciona.</p> <p><input type="checkbox"/> Objeción religiosa <input type="checkbox"/> No es elegible para recibir SSN debido a estatus de extranjero <input type="checkbox"/> Solicitó SSN</p> <p><input type="checkbox"/> Recién nacido sin SSN <input type="checkbox"/> No tiene SSN y solo se puede entregar uno por un motivo válido no relacionado con trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Se niega a proporcionar SSN</p>	
<p>5. Si la PERSONA 3 está solicitando cobertura de salud, marque aquí <input type="checkbox"/> y responda todas las preguntas. Si la PERSONA 3 no está solicitando cobertura de salud, no responda las preguntas 12-17.</p>	
6. Nacimiento (mm/dd/aaaa)	7. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<p>8. ¿La PERSONA 3 vive en la misma dirección que la PERSONA RESPONSABLE?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Si contestó "Sí", no ingrese la dirección. <input type="checkbox"/> No. Si contestó "No", ingrese la dirección de la PERSONA 3.</p>	
9. Dirección del hogar	10. Dirección postal (Solo se requiere si es diferente a la dirección del hogar)
<p>11. ¿La PERSONA 3 tiene planes de presentar una declaración de impuestos a la renta federal EL PRÓXIMO AÑO? (Las personas pueden solicitar seguro de salud aunque no presenten declaración de impuestos a la renta federal.)</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ. Si contestó "Sí", responda las preguntas a-d. <input type="checkbox"/> NO. Si contestó "No", vaya a la pregunta d.</p> <p>a. ¿Cuál será el estatus de declaración de impuestos de la PERSONA 3 <input type="checkbox"/> Casado que presenta declaración de impuestos conjunta <input type="checkbox"/> Casado que presenta declaración de impuestos independiente <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Jefe de hogar</p> <p>a. Si está casado/a, ¿cuál es el nombre del cónyuge? _____</p> <p>b. ¿La PERSONA 3 tiene dependientes en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó "Sí", indique los nombres de los dependientes: _____</p> <p>c. ¿La PERSONA 3 está declarada como dependiente en la declaración de impuesto a la renta federal de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó "Sí", indique el nombre de la persona que declara los impuestos: _____</p> <p>¿Cuál es la relación de la PERSONA 3 con la persona que declara los impuestos? _____</p>	
<p>12. ¿Se le ofrece a la PERSONA 3 cobertura de salud por un empleo (incluido el empleo de otra persona, como el empleo de padre/madre o del cónyuge)? <input type="checkbox"/> Sí. Si contestó "Sí", tendrá que completar e incluir el Apéndice A con esta solicitud. <input type="checkbox"/> No</p>	



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

13. ¿La PERSONA 3 quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

Si contestó "Sí", ¿qué meses? _____

14. ¿La PERSONA 3 es ciudadano estadounidense o nacionalizado?

Sí No

15. Si no es ciudadano estadounidense o nacionalizado, ¿la PERSONA 3 tiene estatus de inmigración?

Sí. Responda las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. N° documento ID: _____

c. ¿La PERSONA 3 ha vivido en los EE. UU. desde 1996? Sí No

d. ¿La PERSONA 3 es veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

16. ¿La PERSONA 3 es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL) Sí No

17. Raza - (OPCIONAL)

Blanca

Indígena

Filipino

Vietnamita

De Guam o Chamorro

Negra o

estadounidense

Japonés

Otra raza asiática

Samoano

afroamericana

Nativo de Alaska

Coreano

Nativo de Hawái

Otra de Islas del Pacífico

Chino

Hindú

Persona 4

1. Nombre, inicial 2º, apellido y sufijo (como aparece en la tarjeta de Seguro Social)

2. Relación con usted

3. N° Seguro Social (SSN)

Necesitamos el número de Seguro Social (SSN) de la PERSONA 4 si la PERSONA 4 desea cobertura y tiene SSN. Puede ser útil darnos el SSN incluso si no está solicitando cobertura, porque puede acelerar el proceso de solicitud.

4. Si la PERSONA 4 quiere cobertura y no proporciona el SSN, seleccione el motivo por el que no lo proporciona.

Objeción religiosa

No es elegible para recibir SSN debido a estatus de extranjero

Solicitó SSN

Recién nacido sin SSN

No tiene SSN y solo se puede entregar uno por un motivo válido no relacionado con trabajo

Se niega a proporcionar SSN

5. Si la PERSONA 4 está solicitando cobertura de salud, marque aquí y responda todas las preguntas.

Si la PERSONA 4 **no está solicitando** cobertura de salud, **no responda** las preguntas 12-17.

6. Nacimiento (mm/dd/aaaa)

7. Sexo

Masculino Femenino

8. ¿La PERSONA 4 vive en la misma dirección que la PERSONA RESPONSABLE?

Sí. **Si contestó "Sí"**, no ingrese la dirección. No. **Si contestó "No"**, ingrese la dirección de la PERSONA 4.

9. Dirección del hogar

10. Dirección postal (Solo se requiere si es diferente a la dirección del hogar)

11. ¿La PERSONA 4 tiene planes de presentar una declaración de impuestos a la renta federal EL PRÓXIMO AÑO? (Las personas pueden solicitar seguro de salud aunque no presenten declaración de impuestos a la renta federal.)

SÍ. Si contestó "Sí", responda las preguntas a-d. **NO.** Si contestó "No", vaya a la pregunta d.

b. ¿Cuál será el estatus de declaración de impuestos de la PERSONA 4 Casado que presenta declaración de impuestos conjunta Casado que presenta declaración de impuestos independiente Soltero/a Jefe de hogar

a. Si está casado/a, ¿cuál es el nombre del cónyuge? _____

b. ¿La PERSONA 4 tiene dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contestó "Sí", indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿La PERSONA 4 está declarada como dependiente en la declaración de impuesto a la renta federal de otra persona?

Sí No

Si contestó "Sí", indique el nombre de la persona que declara los impuestos: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 4 con la persona que declara los impuestos? _____

12. ¿Se le ofrece a la PERSONA 4 cobertura de salud por un empleo (incluido el empleo de otra persona, como el empleo de padre/madre o del cónyuge)? Sí. **Si contestó "Sí"**, tendrá que completar e incluir el Apéndice A con esta solicitud. No



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

13. ¿La PERSONA 4 quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

Si contestó "Sí", ¿qué meses? _____

14. ¿La PERSONA 4 es ciudadano estadounidense o nacionalizado?

Sí No

15. Si no es ciudadano estadounidense o nacionalizado, ¿la PERSONA 4 tiene estatus de inmigración?

Sí. Responda las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. N° documento ID: _____

c. ¿La PERSONA 4 ha vivido en los EE. UU. desde 1996? Sí No

d. ¿La PERSONA 4 es veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

16. ¿La PERSONA 4 es de origen hispano, latino o español? (OPCIONAL) Sí No

17. Raza - (OPCIONAL)

Blanca

Indígena

Filipino

Vietnamita

Chamorro

Negra o

estadounidense

Japonés

Otra raza asiática

Samoano

afroamericana

Nativo de Alaska

Coreano

Nativo de Hawái

Otra de Islas del Pacífico

Chino

Hindú

PASO 3 Preguntas adicionales

Si responde "Sí" para más de una persona, use hojas de papel adicionales para darnos los detalles.

1. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura de salud en esta solicitud está **actualmente en prisión o en la cárcel** o fue liberada en los últimos tres meses?

Sí. Si contestó "Sí", responda las preguntas a-d.

NO. Si contestó "No", vaya a la pregunta 2.

a. ¿Quién? _____

b. ¿Cuándo entró en la prisión esta persona? (mm/dd/aaaa) _____

c. ¿Cuándo salió de la prisión esta persona? (mm/dd/aaaa) _____

d. ¿Esta persona está esperando actualmente una decisión sobre cargos? Sí No

2. ¿Alguna persona en esta aplicación tuvo un **embarazo** que terminó (en nacimiento o pérdida del embarazo) en los últimos tres meses o está **embarazada ahora**?

Sí. Si contestó "Sí", responda las preguntas a-d.

NO. Si contestó "No", vaya a la pregunta 3.

a. ¿Quién? _____

b. ¿Cuál es la fecha de parto o la última fecha de embarazo? (mm/dd/aaaa) _____

c. ¿Cuántos niños se esperan/esperaban en este embarazo? _____

d. ¿Esta persona quiere una referencia para WIC (un programa que ofrece alimentos a mujeres, bebés y niños)?

e. Sí No

3. ¿Alguna persona en esta solicitud es **indígena estadounidense o nativo de Alaska**?

Sí. Si respondió sí, complete el anexo C y envíelo con esta solicitud. NO. Si contestó "No", vaya a la pregunta 4.

4. ¿Alguna de las personas que solicita cobertura de salud en esta solicitud necesita ayuda con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, etc.) o vive en un centro médico o residencia para ancianos?

Sí. Si contestó "Sí", ¿quién? _____ NO. Si contestó "No", vaya a la pregunta 5.

5. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura de salud en esta solicitud es **ciega o tiene una discapacidad permanente**?

Sí. Si contestó "Sí", ¿quién? _____ NO. Si contestó "No", vaya a la pregunta 6.



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

6. ¿Alguien en su hogar que está solicitando cobertura de salud en esta solicitud tiene actualmente **otra cobertura de atención de salud**, incluida cobertura dental y cobertura médica principal que no sea Medicaid o KCHIP?

- SÍ. Si contestó “Sí”,** responda las preguntas a-h. **NO. Si contestó “No”,** vaya a la pregunta 7.
- a. ¿Quién? _____ f. Número de póliza _____
- b. Tipo de cobertura _____ g. Fecha de inicio de cobertura _____
- c. Nombre del titular de la póliza _____ h. Fecha de fin de cobertura _____
- d. Nombre de la aseguradora _____
- e. Dirección de la aseguradora _____

7. Alguna persona en su hogar estaba recibiendo Medicaid cuando superó la edad para ser elegible para ser asignada a cuidados de crianza? **SÍ. Si contestó “Sí”,** ¿quién? _____
 ¿En qué estado vivía? _____ ¿Cuántos años tenía? _____
 NO. Si contestó “No”, vaya al **Paso 4** en la siguiente página.

PASO 4 Ingreso y deducciones

Use hojas adicionales si necesita agregar más de dos empleos.

Ingreso de Empleo 1		1. ¿Quién gana este ingreso?	2. ¿Quién es el empleador de esta persona?
¿Cuál es el monto bruto que gana esta persona (antes de impuestos)? \$		3. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual	
5. Trabajador por cuenta propia		b. Ingreso bruto _____	
a. Tipo de trabajo _____		c. Gastos de trabajo por cuenta propia _____	
		d. Ingreso NETO (Bruto menos gastos) _____	
Ingreso de Empleo 2		6. ¿Quién gana este ingreso?	7. ¿Quién es el empleador de esta persona?
8. ¿Cuál es el monto bruto que gana esta persona (antes de impuestos)? \$		9. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual	
10. Trabajador por cuenta propia		b. Ingreso bruto _____	
a. Tipo de trabajo _____		c. Gastos de trabajo por cuenta propia _____	
		d. Ingreso NETO (Bruto MENOS gastos) _____	

11. **Ingreso adicional:** Denos información sobre cualquier ingreso adicional que los miembros del hogar en esta solicitud puedan recibir. No incluya ingreso por manutención infantil, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), ingreso de veterano o indemnización laboral. **Si no hay, deje en blanco.**

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Seguridad Social	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
<input type="checkbox"/> Pensiones	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
<input type="checkbox"/> Intereses o dividendos	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
<input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
<input type="checkbox"/> Desempleo	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual

12. **Deducciones del hogar:** Denos información sobre cosas que los miembros de su hogar pagan y que se pueden deducir en una declaración de impuesto a la renta. La información que nos dé puede hacer que el costo del seguro de salud sea más bajo. **Si no hay, deje en blanco.**



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al 1-855-4kynect (459-6328). Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

Tipo de deducción	¿Quién?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Pensión para ex cónyuge	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual
<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual

13. Ingreso anual del hogar: ¿Cuál es el ingreso anual estimado de su hogar para el año de la cobertura (incluye cambios mensuales, bonos, ingreso por temporada, etc.)? \$ _____

PASO 5 Firme y escriba la fecha en esta solicitud

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal y/o estatal si doy información falsa y/o incorrecta.
- Sé que tengo que informar a kynect si la información que ingresé en esta solicitud cambia, en un plazo de 30 días a partir del cambio. Puedo visitar kynect.ky.gov o llamar al **1-855-4kynect (459-6328)** para informar sobre cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Si creo que kynect cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en kynect que creo que la acción es equivocada, y pedir una revisión justa de la acción. Sé que puedo ser representado en el proceso por otra persona que no sea yo mismo. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.
- Sé que según la ley federal, no está permitida la discriminación en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que kynect comprobará mis respuestas usando información en bases de datos del Servicios de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/u otras fuentes confiables. Si la información no coincide, se me puede pedir que envíe comprobantes.

Renovación de cobertura en el futuro: Para hacer más fácil la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en el futuro, estoy de acuerdo en permitir que kynect use mis datos de ingreso, incluida la información de declaraciones de impuestos y otras fuentes de datos confiables. kynect me enviará un aviso, me dejará hacer cambios y puedo optar por no permitir que use los datos en cualquier momento.

Sí, pueden renovar mi elegibilidad automáticamente en los próximos: (seleccione una opción)

- 5 años (máximo permitido) 4 años 3 años 2 años 1 año
- No usen información de mis declaraciones de impuestos u otras fuentes de datos para renovar mi cobertura.

Registro de votantes: Si no estoy registrado para votar o no estoy registrado en el lugar donde vivo ahora, puede elegir registrarme para votar marcando "Sí". Si marco "Sí", recibiré una solicitud para registro de votante por correo. Marcar "Sí" o "No" no afecta el resultado de esta solicitud.

- Sí,** quiero presentar la solicitud para el registro de votantes. Se me enviará una solicitud por correo.
- No,** no quiero registrarme para votar.

Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medicaid o KCHIP:

- Entiendo que si Medicaid paga por un gasto médico, cualquier pago de otro seguro de salud o acuerdos legales será para Medicaid para reembolso por el gasto.
- Entiendo que se puede revisar mi solicitud para asegurar que la elegibilidad se haya determinado correctamente. Si se revisa mi solicitud, debo cooperar con la revisión.
- ¿Algún menor en esta solicitud tiene al padre o la madre viviendo fuera del hogar? Sí No
- Si la respuesta es "Sí", otorgo el derecho al Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia (CHFS), Oficina de Manutención Infantil, a exigir manutención médica al padre/la madre ausente(s) del menor. Si creo que cooperar con la Oficina de Manutención Infantil me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decirlo a CHFS y no quizás no tenga que cooperar.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en Internet, vaya a www.kynect.ky.gov o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).