



Cobertura de salud y ayuda para pagar costos

Solicitud para 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>Individuos solteros que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viven en Kentucky y tienen planes de quedarse en Kentucky • No tienen ningún dependiente y no pueden ser declarados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona
<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: <p style="text-align: center;">Kentucky Office of the Health Benefit and Information Exchange P.O. Box 2104 Frankfort, KY 40602 Fax: 1-502-573-2005</p> • 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 vive en nuestro sitio web o llamándonos. • En español: Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al 1-855- 4kynect (459-6328) • Por servicios TTY llame al 1-855-326-4654



Cobertura de salud y ayuda para pagar costos

Solicitud para una persona

PASO 1

Denos información sobre usted

Si otra persona lo está ayudando a completar esta solicitud, use el **Apéndice B** para darnos información de esa persona.

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. Usamos el número de Seguro Social para verificar el ingreso y otra información para ver si puede ser elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud.		
3. Si quiere cobertura y no proporciona su 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"/> 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				
4. Nacimiento (mm/dd/aaaa)		5. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
6. ¿Vive en Kentucky y tiene planes de quedarse en Kentucky? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
7. Dirección del hogar -- <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene una dirección del hogar. De todas maneras tendrá que ingresar una dirección postal.				
8. Ciudad		9. Estado	10. Código postal	11. Condado
12. Dirección postal (Si es diferente a la dirección del hogar)				
13. Ciudad		14. Estado	15. Código postal	16. Condado
17. Teléfono primario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()		18. Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular ()		
19. <input type="checkbox"/> Marque aquí para permitir que kynect envíe alertas de mensaje de texto a su teléfono primario.		20. <input type="checkbox"/> Marque aquí para permitir que kynect envíe alertas de mensaje de texto a su teléfono secundario.		
21. Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)		22. Idioma que prefiere escribir (si no es inglés)		
23. 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: _____				
24. ¿Tuvo un embarazo que terminó (en nacimiento o pérdida del embarazo) en los últimos tres meses o está embarazada ahora? <input type="checkbox"/> Sí. Si contestó "Sí" , responda las preguntas a–c. <input type="checkbox"/> No a. ¿Cuál es la fecha de parto o la última fecha de embarazo? (mm/dd/aaaa) _____ b. ¿Cuántos niños se esperan/esperaban en este embarazo? _____ c. Quiere una referencia para el programa que ofrece alimentos a mujeres, bebés y niños (WIC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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).

25. ¿Se le ofrece cobertura de salud por un empleo (incluido el empleo de otra persona, como el empleo de padre/madre)?
 Sí. **Si contestó “Sí”,** tendrá que completar e incluir el Apéndice A con esta solicitud. No

26. ¿Quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No
Si contestó “Sí”, ¿qué meses? _____

27. ¿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 y b. **NO.** Si contestó “No”, vaya a la pregunta b.

a. ¿Declarará sus impuestos como persona soltera sin dependientes? Sí No

Si contestó “No”, no siga usando este formulario. Use la *Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos para más de una persona* para incluir sus dependientes en la declaración de impuestos (incluso si no quiere solicitar cobertura de salud para ellos.)

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

Si contestó “Sí”, no siga usando este formulario. Tendrá que solicitar cobertura con la persona que lo presenta en su declaración de impuestos

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

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. ¿Es usted indígena estadounidense o nativo de Alaska? Sí. Si contestó “Sí”, complete el Apéndice C y envíelo por correo con esta solicitud. No

33. ¿Está en prisión ahora o fue liberado en los últimos tres meses?

Sí. **Si contestó “Sí”,** responda las preguntas a–c. No

a. ¿Cuándo entró en la prisión? (mm/dd/aaaa) _____

b. ¿Cuándo salió de la prisión? (mm/dd/aaaa) _____

c. Está esperando una decisión sobre cargos? Sí No

34. ¿Necesita ayuda con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, etc.) o vive en un centro médico o residencia para ancianos?

35. ¿Es ciego o tiene una discapacidad permanente? Sí No

36. ¿Estaba recibiendo Medicaid cuando superó la edad para ser elegible para ser asignado a cuidados de crianza?

Sí No

Si contestó “Sí”, ¿en qué estado vivía? _____ ¿Cuántos años tenía? _____

37. Si está completando esta solicitud en nombre de una persona que falleció recientemente, ingrese la fecha de fallecimiento de la persona que murió: _____



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

Empleo actual e información de ingreso

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?
----------------------------	------------------------------	--

3. ¿Cuál es el monto bruto que gana (antes de impuestos)? \$ _____	4. ¿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 a. Tipo de trabajo _____	b. Ingreso bruto _____ c. Gastos de trabajo por cuenta propia _____ d. Ingreso NETO (Bruto menos gastos) _____	e. ¿Con qué frecuencia? _____
---	---	----------------------------------

Ingreso de Empleo 2	6. Nombre del empleador	7. ¿Quién es el empleador de esta persona?
----------------------------	-------------------------	--

8. ¿Cuál es el monto bruto que gana (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 a. Tipo de trabajo _____	b. Ingreso bruto _____ c. Gastos de trabajo por cuenta propia _____ d. Ingreso NETO (Bruto menos gastos) _____	e. ¿Con qué frecuencia? _____
--	---	----------------------------------

11. Ingreso adicional: Mencione aquí todos los ingresos adicionales, indique el monto y la frecuencia con que lo recibe. 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	¿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 de una declaración de impuesto a la renta. La información que nos dé puede hacer que el costo del seguro de salud sea menor.

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



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 3 Otra cobertura de atención de salud

¿Tiene otra cobertura de atención de salud ahora, incluida **cobertura dental y cobertura médica principal** que no sea Medicaid o KCHIP?

SÍ. Si contestó “**SÍ**”, complete esta información.

NO.

Tipo de cobertura _____ Número de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de inicio de cobertura _____

Nombre de la aseguradora _____ Fecha de fin de cobertura _____

Dirección de la aseguradora _____

PASO 4 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 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.
- 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 soy elegible para Medicaid:

- 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.

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).