



Solicitud de Asistencia Médica para Familias con Niños

<p>¿Quién puede utilizar esta solicitud?</p>	<p>Esta solicitud es para familias, niños y mujeres embarazadas. Usted puede utilizar esta solicitud para cualquier persona en su familia, aún si actualmente esa persona tiene un seguro. Si usted es un adulto sin hijos, puede calificar para cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud Federal en www.healthcare.gov</p>
<p>Utilice esta solicitud para ver qué opciones tiene usted</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica gratuita o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) • Si usted no fuera aprobado para KanCare, su información puede ser enviada al Mercado de Seguros de Salud Federal. Ellos verán si usted puede obtener otra ayuda para pagar la asistencia médica.
<p>Presente la solicitud más rápido en línea</p>	<p>¡VAYA! ¿Preferiría realizar la solicitud en línea? Presente la solicitud más rápido en línea en www.applyforKanCare.ks.gov</p>



¡Importante! ¿Está embarazada alguna de las personas que solicita asistencia médica?

Sí No

Sección A:	Preguntas acerca de las personas en su grupo familiar.....	2
Sección B:	Preguntas acerca de la ayuda con las facturas médicas en los últimos 3 meses.....	9
Sección C:	Preguntas acerca de la condición migratoria.....	9
Sección D:	Preguntas acerca de su empleo y los ingresos del grupo familiar.....	9
Sección E:	Preguntas acerca de otros seguros de salud.....	12
Sección F:	Preguntas acerca de Americanos Nativos y Nativos de Alaska.....	14
Sección G:	Cómo elegir a alguien que le ayude con su caso de asistencia médica.....	15
Sección H:	Página de Firma.....	16

Agency Use Only

Outstationed Worker

A. Díganos Acerca de Usted y de las Personas en Su Hogar

Díganos acerca de usted. La persona que completa esta solicitud es el Solicitante Principal. Generalmente es la persona que es la “cabeza de familia”.			
Su Nombre: (Primero, Segundo, Apellido)		Otros nombres utilizados:	
Domicilio del Hogar:		Domicilio Postal (Si es diferente):	
Ciudad:	Estado:	Ciudad:	Estado:
Condado:	Código Postal:	Condado:	Código Postal:
<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted no tiene un domicilio. Aún así usted deberá proporcionar un domicilio postal.			
Teléfono del Hogar: () —		Teléfono del Trabajo: () —	
Me gustaría recibir información acerca de esta solicitud a través de:			
Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Dirección de Correo Electrónico:		
Texto: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Número de Teléfono Celular: () —		
¿Qué idioma habla usted en el hogar?		¿Qué idioma lee usted en el hogar?	

Acerca de su Familia

Sus ingresos y el tamaño de su familia nos ayudan a decidir para qué programas califica usted. Con esta información, podemos asegurarnos de que todas las personas reciban la mayor cobertura posible.

Estas son las personas que usted debe incluir en esta solicitud:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus niños menores de 21 años de edad que viven con usted.
- Su compañero/a que vive con usted (pero solamente si tienen hijos juntos que necesitan asistencia médica)
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no vive con usted
- Cualquier persona menor de 21 años de edad de la cual usted cuida y que vive con usted

Cualquier otra persona que vive con usted y que no está listada arriba deberá presentar su propia solicitud si desea asistencia médica. No es necesario que usted presente una declaración de impuestos para solicitar asistencia médica.

Complete las preguntas en las páginas siguientes para cada persona en su familia. ¡Comience con usted!

Si hay más de 6 personas en su familia, por favor adjunte otra hoja de papel.

Su información es privada.

- Mantendremos su información privada de acuerdo con lo requerido por la ley.
- Utilizaremos la información en este formulario solamente para ver si usted califica para asistencia médica.

Personas 1, 2, y 3

Por favor díganos acerca de todas las personas en su grupo familiar. Consulte la página 2 para más información acerca de quién incluir.

¡Comience con usted!

	Persona 1 Usted 	Persona 2 	Persona 3 
Primer Nombre			
Segundo Nombre			
Apellido			
Nombre de Soltera			
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?	<i>Yo mismo</i>		
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	/ /	/ /	/ /
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Nunca Casada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o	<input type="checkbox"/> Nunca Casada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o	<input type="checkbox"/> Nunca Casada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o
¿Vive esta persona en el mismo domicilio que usted?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De no ser así, liste el domicilio.			
¿Tiene esta persona un ingreso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
En el último año, esta persona (Marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas
Necesitamos los Números de Seguro Social (SSNs) de todas las personas que están solicitando asistencia médica. Un SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, pero el hecho de proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Nosotros utilizamos los SSNs para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para ayuda con la asistencia médica. Si alguien no tiene un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov			
Número de Seguro Social			
¿Está esta persona solicitando asistencia médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	De no ser así, vaya a la Sección D en la página 9.		
¿Ha vivido esta persona en otro estado que no sea Kansas en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿cuándo y dónde?			
¿Embarazada?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuál es la fecha esperada de parto?	/ /	/ /	/ /
¿Cuántos bebés se esperan?			

Personas 1, 2, y 3 (continuación)

Por favor continúe y responda las preguntas acerca de Usted mismo, la Persona 2 y la Persona 3. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 1 Usted	Persona 2	Persona 3
Primer Nombre y Apellido			
¿Tiene esta persona un tutor legal o conservador?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿cuál es su nombre?			
¿Ciudadano/a de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	De no ser así, complete la Sección C en la página 9.		
Raza (opcional) Marque todas las que apliquen	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo/a <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Otras Asiáticas <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guaymeña o <input type="checkbox"/> Otra Islaña Chamorra del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o <input type="checkbox"/> Otra Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo/a <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Otras Asiáticas <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guaymeña o <input type="checkbox"/> Otra Islaña Chamorra del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o <input type="checkbox"/> Otra Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo/a <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Otras Asiáticas <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guaymeña o <input type="checkbox"/> Otra Islaña Chamorra del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o <input type="checkbox"/> Otra Nativo de Alaska
Etnia (opcional) Si fuera etnia Hispana/Latina, marque todas las que apliquen	<input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Otra Chicano/a	<input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Otra Chicano/a	<input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Otra Chicano/a
¿Ha esta persona dado a luz a un bebé en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Recibió esta persona atención de emergencia en los últimos 3 meses para salvar su vida, órganos, o funciones corporales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Necesita esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? De ser así, por favor consulte las preguntas adicionales en la Sección B en la página 9.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona una discapacidad que durará al menos 12 meses o resultará en muerte?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Necesita esta persona ayuda con los gastos del asilo de ancianos o del cuidado en el hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años y es la principal persona que cuida de este niño?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre Completo de la Madre de esta persona (responda solo para los niños)	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:
	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:
Nombre Completo del Padre de esta persona (responda solo para los niños)	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:

Personas 1, 2, y 3 (continuación)

Por favor continúe y responda las preguntas acerca de Usted mismo, la Persona 2 y la Persona 3. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 1 Usted	Persona 2	Persona 3
Primer Nombre y Apellido			
Información del Impuesto Federal a los Ingresos			
Tenemos algunas preguntas acerca de cómo usted tiene pensado declarar sus impuestos. Complete estas preguntas en base a su situación actual.			
En base a su situación actual, ¿tiene esta persona pensado presentar una declaración del impuesto federal a los Ingresos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, por favor responda a las preguntas 1 a 3. De no ser así vaya a la pregunta 3			
1. ¿Realizará esta persona una presentación conjunta con su cónyuge?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, nombre del cónyuge			
2. ¿Tiene esta persona alguna persona dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, liste el/los nombre(s) de los dependientes			
3. ¿Es esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de alguna otra persona?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, liste el nombre de la persona que presentará los impuestos.			
¿Cómo está esta persona relacionada con aquella que presentará los impuestos?			
Responda lo siguiente para las personas de 26 años de edad o menos			
¿Tenía esta persona un seguro a través de su empleo y lo perdió en el lapso de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, fecha de finalización y razón			
¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Estaba esta persona en cuidado sustituto de Kansas al momento de cumplir 18 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona un padre que vive fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Si no hay ninguna otra persona en su hogar, vaya a la Sección B al final de la página 9.

Personas 4, 5, y 6

Por favor responda las preguntas acerca de las personas 4, 5 y 6 en su grupo familiar. Si tiene más personas para agregar, por favor adjunte otra hoja de papel y envíela con su solicitud.

	Persona 4	Persona 5	Persona 6
Primer Nombre			
Segundo Nombre			
Apellido			
Nombre de Soltera			
¿Cuál es la relación de esta persona con usted?			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	/ /	/ /	/ /
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Nunca Casada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o	<input type="checkbox"/> Nunca Casada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o	<input type="checkbox"/> Nunca Casada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o
¿Vive esta persona en el mismo domicilio que usted?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De no ser así, liste el domicilio.			
¿Tiene esta persona un ingreso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
En el último año, esta persona (Marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas	<input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Ninguna de estas
Necesitamos los Números de Seguro Social (SSNs) de todas las personas que están solicitando asistencia médica. Un SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, pero el hecho de proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Nosotros utilizamos los SSNs para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para ayuda con la asistencia médica. Si alguien no tiene un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov			
Número de Seguro Social			
¿Está esta persona solicitando asistencia médica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<i>De no ser así, vaya a la Sección D en la página 9.</i>			
¿Ha vivido esta persona en otro estado que no sea Kansas en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿cuándo y dónde?			
¿Embarazada?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cuál es la fecha esperada de parto?	/ /	/ /	/ /
¿Cuántos bebés se esperan?			

Personas 4, 5, y 6 (continuación)

Por favor continúe y responda las preguntas acerca de las Personas 4, 5 y 6. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 4	Persona 5	Persona 6
Primer Nombre y Apellido			
¿Tiene esta persona un tutor legal o conservador?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, ¿cuál es su nombre?			
¿Ciudadano/a de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	De no ser así, complete la Sección C en la página 9.		
Raza (opcional) Marque todas las que apliquen	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo/a <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Otras Asiáticas <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guaymeña o <input type="checkbox"/> Otra Islaña Chamorra del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o <input type="checkbox"/> Otra Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo/a <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Otras Asiáticas <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guaymeña o <input type="checkbox"/> Otra Islaña Chamorra del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o <input type="checkbox"/> Otra Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Hawaiano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo/a <input type="checkbox"/> Asiática India <input type="checkbox"/> Otras Asiáticas <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guaymeña o <input type="checkbox"/> Otra Islaña Chamorra del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o <input type="checkbox"/> Otra Nativo de Alaska
Etnia (opcional) Si fuera etnia Hispana/Latina, marque todas las que apliquen	<input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Otra Chicano/a	<input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Otra Chicano/a	<input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño/a <input type="checkbox"/> Mexicano/a <input type="checkbox"/> Cubano/a Americano/a <input type="checkbox"/> Otra Chicano/a
¿Ha esta persona dado a luz a un bebé en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Recibió esta persona atención de emergencia en los últimos 3 meses para salvar su vida, órganos, o funciones corporales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Necesita esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? De ser así, por favor consulte las preguntas adicionales en la Sección B en la página 9.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona una discapacidad que durará al menos 12 meses o resultará en muerte?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Necesita esta persona ayuda con los gastos del asilo de ancianos o del cuidado en el hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años y es la principal persona que cuida de este niño?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre Completo de la Madre de esta persona (responda solo para los niños)	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:
	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:	Nombre de Soltera:
Nombre Completo del Padre de esta persona (responda solo para los niños)	Primer Nombre:	Primer Nombre:	Primer Nombre:
	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:	Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:	Apellido:

Personas 4, 5, y 6 (continuación)

Por favor continúe y responda las preguntas acerca de las Personas 4, 5 y 6. Escriba sus nombres en la primera línea.

	Persona 4 ↓	Persona 5 ↓	Persona 6 ↓
Primer Nombre y Apellido			
Información del Impuesto Federal a los Ingresos			
Tenemos algunas preguntas acerca de cómo usted tiene pensado declarar sus impuestos. Complete estas preguntas en base a su situación actual.			
En base a su situación actual, ¿tiene esta persona pensado presentar una declaración del impuesto federal a los Ingresos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, por favor responda a las preguntas 1 a 3. De no ser así vaya a la pregunta 3			
1. ¿Realizará esta persona una presentación conjunta con su cónyuge?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, nombre del cónyuge			
2. ¿Tiene esta persona alguna persona dependiente en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, liste el/los nombre(s) de los dependientes.			
3. ¿Es esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de alguna otra persona?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, liste el nombre de la persona que presentará los impuestos.			
¿Cómo está esta persona relacionada con aquella que presentará los impuestos?			
Responda lo siguiente para las personas de 26 años de edad o menos			
¿Tenía esta persona un seguro a través de su empleo y lo perdió en el lapso de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, fecha de finalización y razón			
¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Estaba esta persona en cuidado sustituto de Kansas al momento de cumplir 18 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene esta persona un padre que vive fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

B. Ayuda con las facturas médicas en los últimos 3 meses

Dado que usted ha solicitado ayuda para pagar las facturas médicas en los últimos 3 meses, por favor responda estas preguntas.	
¿Ha ocurrido algún cambio en el grupo familiar en los últimos 3 meses? (Personas que se mudaron a o fuera del hogar)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, díganos los cambios en el grupo familiar:	
¿Ha ocurrido algún cambio en los ingresos del grupo familiar en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
De ser así, díganos los cambios en los ingresos:	

C. Condición de Inmigración

Por favor proporcione la condición de inmigración para todas las personas que presentan la solicitud que NO sean ciudadanos de los EE.UU. (Por favor tenga en cuenta: Solicitar la asistencia médica KanCare no afecta su condición de inmigración).			
Nombre (Primero, Segundo, Apellido)	Tipo de Documento	Número de inmigración	Condición de inmigración

D. Díganos Acerca de los Empleos y Otros Ingresos del Grupo Familiar

¿Tiene alguien en su grupo familiar un empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si De ser así, responda las preguntas abajo.				
	Empleo 1	Empleo 2	Empleo 3	Empleo 4
Nombre del Trabajador				
Nombre de la Compañía				
Domicilio de la Compañía				
Número de Teléfono de la Compañía				
Fecha de Inicio	/ /	/ /	/ /	/ /
¿Cuántas horas trabajadas por semana?				
Sueldo bruto o salario por hora	\$	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia reciben el pago?				
¿Fecha del próximo cheque?	/ /	/ /	/ /	/ /
¿Incluye alguno de estos empleos propinas, comisiones o bonos? De ser así, responda las preguntas abajo.				
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
¿De qué tipo?				
¿Cuál es la cantidad usual? (previo a deducciones)	\$	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia?				

¿Tiene algunas de las personas en su grupo familiar un empleo por cuenta propia? No Si De ser así, responda las preguntas abajo.

Empleado Por Cuenta Propia significa que esta persona es su propio jefe. Esto incluye trabajos eventuales, cuidado de niños, corte de césped, retiro de nieve, ventas de cosméticos, ingresos por alquileres, etc., aún si no es su empleo principal.

	Empleado por cuenta propia 1	Empleado por cuenta propia 2	Empleado por cuenta propia 3	Empleado por cuenta propia 4
Nombre de la persona que es empleado por cuenta propia				
Nombre del Negocio				
¿Qué tipo de negocio es?				
¿Cuándo lo comenzó?	/ /	/ /	/ /	/ /
¿Se declararon los impuestos sobre estos ingresos el año pasado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
	<i>De no ser así, vaya a Ingreso Mensual Estimado</i>			
¿Qué formulario del Servicio de Impuestos Internos (IRS) presentó usted para este impuesto? (Marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Anexo C			
	<input type="checkbox"/> Anexo D			
	<input type="checkbox"/> Anexo E			
	<input type="checkbox"/> Anexo F			
	<input type="checkbox"/> 4797	<input type="checkbox"/> 4797	<input type="checkbox"/> 4797	<input type="checkbox"/> 4797
	<input type="checkbox"/> 1065	<input type="checkbox"/> 1065	<input type="checkbox"/> 1065	<input type="checkbox"/> 1065
	<input type="checkbox"/> 1120S	<input type="checkbox"/> 1120S	<input type="checkbox"/> 1120S	<input type="checkbox"/> 1120S
	<input type="checkbox"/> Anexo K			
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Ingreso Bruto Anual Informado	\$	\$	\$	\$
Gastos Brutos Anuales Informados	\$	\$	\$	\$
Ingreso mensual estimado: (previo a gastos)	\$	\$	\$	\$
Gastos mensuales	\$	\$	\$	\$

Cambios Predecibles en los ingresos: ¿Tiene usted cambios predecibles en los ingresos (en más o en menos) durante un año normal debido a que sus ingresos son de trabajo estacional como trabajar para un sistema escolar, preparación de impuestos, colocación de techos, construcción o actividad agrícola?

No Si De ser así, por favor responda las preguntas abajo.

	Ingresos 1	Ingresos 2	Ingresos 3	Ingresos 4
Nombre de la Persona:				
Tipo de ingresos:				
Ingresos Totales Este Año:	\$	\$	\$	\$
Ingresos Totales para el Año Próximo	\$	\$	\$	\$

¿Tiene alguien en su grupo familiar ingresos de otro origen que no sea un trabajo?

Algunos ejemplos: Seguro Social, Pensión de la Administración de Veteranos, desempleo, ingreso tribal por juegos de azar, programas universitarios de estudio y trabajo, o pagos de un fideicomiso

No Si De ser así, por favor responda las preguntas abajo.

	Ingresos 1	Ingresos 2	Ingresos 3	Ingresos 4
¿Para quién es el ingreso?:				
¿Qué tipo de ingreso?				
¿Quién paga este ingreso?				
¿Cuánto?	\$	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia?				

¿Tiene su grupo familiar algún otro ingreso?

No Si De ser así, por favor responda las preguntas abajo.

Nota: No se le exige que nos informe acerca de algunos tipos de ingresos (Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), Pagos de Veteranos, Manutención de Niño e ingresos tribales obtenidos de recursos naturales, tierras designadas como tierras Indias en fideicomiso, o venta de artículos con significado cultural). ¿Tiene alguno de estos tipos de ingresos?

No Si No es necesario que usted complete la sección abajo para estos tipos de ingresos.

	Ingresos 1	Ingresos 2	Ingresos 3	Ingresos 4
¿Quién da el dinero?				
¿A quién se lo da?				
¿Cuánto es entregado?	\$	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia es entregado?				

Deducciones: Marque todas las que apliquen y proporcione el monto y la frecuencia. Estas son cosas que pueden ser deducidas de una declaración de impuestos federales. Si usted nos cuenta acerca de ellas podría reducir el costo de asistencia médica. No incluya ninguna deducción relacionada con el empleo por cuenta propia.

	Deducción 1	Deducción 2	Deducción 3
Nombre de la persona con la deducción			
¿Qué tipo de deducción? (pensión alimentaria, intereses de préstamo estudiantil, etc.)			
¿Cuánto?	\$	\$	\$
¿Con qué frecuencia?			

E. Díganos acerca del Seguro de Salud de su Familia

Responda estas preguntas para todas las personas que tienen seguro de salud ahora o que lo tuvieron en los últimos 3 meses. Si no conoce una respuesta, escriba “desconocido”.

Información de la Póliza del Seguro de Salud			
	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Primer Nombre y Apellido			
¿Tiene esta persona otro seguro de salud?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre del tenedor de la póliza			
Número de Seguro Social (SSN) del tenedor de la póliza			
Nombre de la Compañía de Seguros			
Domicilio de la Compañía de Seguros			
Fecha de Inicio	/ /	/ /	/ /
Fecha de Finalización	/ /	/ /	/ /
Número de la Póliza			
Número de Grupo			
Tipo de Cobertura Marque todas las que apliquen	<input type="checkbox"/> Catastrófica Solamente <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Suplemento Medicare <input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Catastrófica Solamente <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Suplemento Medicare <input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Catastrófica Solamente <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Suplemento Medicare <input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otra _____
	Persona 4	Persona 5	Persona 6
Primer Nombre y Apellido			
¿Tiene esta persona otro seguro de salud?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Nombre del tenedor de la póliza			
Número de Seguro Social (SSN) del tenedor de la póliza			
Nombre de la Compañía de Seguros			
Domicilio de la Compañía de Seguros			
Fecha de Inicio	/ /	/ /	/ /
Fecha de Finalización	/ /	/ /	/ /
Número de la Póliza			
Número de Grupo			
Tipo de Cobertura	<input type="checkbox"/> Catastrófica Solamente <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Suplemento Medicare <input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Catastrófica Solamente <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Suplemento Medicare <input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Catastrófica Solamente <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Cuidado a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Suplemento Medicare <input type="checkbox"/> Prescripción <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otra _____
Si el seguro de alguien finalizó en los últimos 3 meses, por favor díganos por qué:			

Cobertura de Salud a través de Empleos

Usted solo debe responder estas preguntas si alguna persona en su hogar es elegible para cobertura de salud a través de un empleo y el ingreso del grupo familiar es SUPERIOR a los niveles listados en el folleto Consejos Útiles (adjunto)
Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura. Díganos acerca del **empleo** que ofrece cobertura.

Información del EMPLEADO

Nombre del Empleado		Número de Seguro Social del Empleado	
---------------------	--	--------------------------------------	--

Información del EMPLEADOR

Nombre del Empleador		Número de Identificación del Empleador (EIN)	
Domicilio del Empleador		Número de Teléfono del Empleador	

Ciudad, Estado, Código postal			
-------------------------------	--	--	--

¿Con quién nos podemos comunicar acerca de la cobertura de salud del empleado en este empleo?			
---	--	--	--

Número de Teléfono		Dirección de Correo Electrónico	
--------------------	--	---------------------------------	--

¿Es usted actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o pasará a ser elegible en los próximos 3 meses?

- No (Deténgase aquí y siga en la página siguiente)
 Si (Por favor responda las preguntas abajo)

Si usted está en un período de espera o período de prueba, ¿cuándo puede usted inscribirse en la cobertura?	/ /
---	-----

Liste los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para recibir cobertura de este empleo.

Nombre:		Nombre:		Nombre:	
---------	--	---------	--	---------	--

Díganos acerca del plan de salud ofrecido por este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*? Si No

Para el plan con el costo más bajo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido **solamente al empleado** (no incluya planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que pagaría el empleado si él/ella recibió el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto debería pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

¿Qué cambio hará el empleador para el próximo año (si fuera conocido)?

- El empleador no ofrecerá cobertura de salud
 El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima del plan con el costo más bajo disponible solamente para el empleado que cumple con el estándar de valor mínimo. * (La prima debería reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta anterior.)

¿Cuánto deberá pagar el empleado en primas por ese plan?	\$
--	----

¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
----------------------	---

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa)	/ /
-------------------------------	-----

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan cubre al menos el 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986

F. Indio Americano o Nativo de Alaska

Complete esta página si usted o los miembros de su familia son Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Díganos acerca del/de los miembro(s) de su familia que es/son Indio(s) Americano(s) o Nativo(s) de Alaska			
<p>Los Indios Americanos y los Nativos de Alaska pueden recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal, o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos. Además tal vez no tengan que pagar los costos compartidos y podrían recibir períodos especiales de inscripción mensuales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que usted y su familia reciban la mayor cantidad de ayuda posible.</p> <p>Nota: Si usted tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.</p>			
	Persona IA/NA 1	Persona IA/NA 2	Persona IA/NA 3
Primer Nombre y Apellido			
<p>¿Miembro de una tribu reconocida a nivel federal?</p> <p>De ser así, proporcione el nombre de la tribu.</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____
<p>¿Ha recibido esta persona alguna vez servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <p>De no ser así ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <p>De no ser así ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <p>De no ser así ¿Es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indios Norteamericanos, programas de salud tribal o programas urbanos de salud para Indios Norteamericanos o través de una derivación de uno de estos programas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<p>Cierto dinero recibido podría no ser contabilizado para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) informado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos de recursos naturales, actividad agrícola o ganadera, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierra India en fideicomiso por parte del Ministerio del Interior (incluso reservas y sitios que fueron anteriormente reservas) • Dinero resultante de vender cosas que tienen significado cultural 	<p>\$ _____</p> <p>¿Con qué Frecuencia?</p> <p>_____</p>	<p>\$ _____</p> <p>¿Con qué Frecuencia?</p> <p>_____</p>	<p>\$ _____</p> <p>¿Con qué Frecuencia?</p> <p>_____</p>

G. Elija Alguien que le Ayude Con Su Caso de Asistencia Médica

Usted puede nombrar a una persona para ayudarlo con su caso de asistencia médica. Usted puede elegir ya sea “Representante Médico” o un “Facilitador”.

Un **Representante Médico** es una persona que puede firmar su solicitud, responder preguntas por usted y utilizar su tarjeta de asistencia médica por usted. Nosotros compartiremos información con esta persona. Esta persona recibirá copias de cartas enviadas a usted acerca de su caso. Esta persona es responsable de completar su revisión cada año y de informarnos acerca de cambios en su situación. El Representante Médico puede ser un pariente, vecino, amigo u otra persona de su confianza. Usted no puede nombrar a alguien que esta tratando de cobrar una deuda médica contra usted.

Un **Facilitador** es una persona que puede ayudarlo a completar su solicitud y ayudarlo durante el proceso de solicitud. Nosotros podremos compartir información con esta persona. Esta persona recibirá copias de cartas enviadas a usted acerca de su solicitud. Una vez que su solicitud es procesada, esta persona no está conectada a su caso. Un facilitador puede ser una persona tal como un pariente, vecino, amigo, personal de la oficina médica, o empleado de una organización comunitaria.

Quiero designar a la siguiente persona para que me ayude.

Primer Nombre y Apellido				
Nombre de la Organización				
Línea 1 para Domicilio				
Línea 2 para Domicilio				
Ciudad	Estado		Código Postal	
Número de Teléfono		Dirección de Correo Electrónico		
¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (por ejemplo: hijo, amigo, vecino, etc.)				
Designo a la persona antes mencionada para que sea mi <input type="checkbox"/> Representante Médico, o <input type="checkbox"/> Facilitador.				
Firma		Fecha		
Se requieren firmas testificadas si la firma más arriba está realizada con una marca.				
Testigo		Fecha		
Testigo		Fecha		

Elija Su Plan de Salud

La mayoría de las personas aprobadas para recibir asistencia médica de Kansas reciben los servicios a través de KanCare. Existen 3 planes de salud KanCare entre los cuales elegir. Por favor revise el folleto de Temas Relevantes de Servicios Extras y elija su plan. Si usted elige, nosotros lo inscribiremos en ese plan si es elegible para KanCare. Si usted no elige, le será asignado un plan. Si a usted no le gusta el plan asignado, tendrá 90 días para cambiar de plan. Usted recibirá un paquete de información acerca de su plan. Para más información acerca de estos planes, visite www.KanCare.ks.gov

Nota: A las personas que no sean elegibles para un plan KanCare se les enviará por separado la información acerca de la cobertura y los servicios.







H. Página de Firma

Usted debe firmar y fechar este formulario antes de devolverlo. **Si este formulario no está firmado, le será enviado de vuelta.** Esto causará una demora en el procesamiento de su solicitud. **Lea la información más abajo. Firme y Feche.**

Entiendo:

- Que tengo derecho a un tratamiento igualitario sin importar la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, preferencia política, o nacionalidad.
- Que tengo derecho a que la información que he proporcionado sea mantenida en forma confidencial a menos que esté directamente relacionada con la administración de los programas de asistencia médica de Kansas.
- Que debo proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para cualquier persona que esté solicitando beneficios de salud y autorizo a que estos números sean utilizados para administrar el programa. Estos números también serán utilizados para comparaciones por computadora con otras organizaciones como por ejemplo bancos, la Administración del Seguro Social y Servicio de Impuestos Internos.
- Que es importante proporcionar la información actualizada de ingresos, domicilio y composición del grupo familiar, y que soy responsable de informar los cambios durante el proceso de solicitud y mientras sea elegible.
- Que algunas o todas las personas para las cuales estoy presentando la solicitud pueden recibir cobertura similar de salud bajo el programa Medicaid, si fueran elegibles.
- Que tengo la responsabilidad de utilizar e informar cualquier recurso de terceras parte (tales como seguro de salud, acuerdos judiciales, pagos de ayuda médica, fideicomisos, curadurías, etc.) que pudiera tener una obligación legal para pagar alguno o todos los gastos médicos de aquellos para quienes estoy presentando la solicitud. Entiendo que el pago por un servicio en particular puede ser retenido mientras se realiza una determinación del hecho de no haber utilizado un recurso de una tercera parte.
- Que cualquier pago que me haya sido realizado por un recurso de una tercera parte para servicios médicos cubiertos bajo los programas de asistencia médica de Kansas será utilizado para pagar las facturas médicas correspondientes y que estos programas solamente pagarán por los servicios no cubiertos por ese recurso de esa tercera parte. Estoy de acuerdo en cooperar con la unidad de subrogación médica para tratar de obtener esos recursos de una tercera parte.
- Que si recibo asistencia médica después de los 54 años de edad o mientras estoy en un alojamiento institucional, podría existir un reclamo contra mis propiedades para recuperar los gastos médicos hechos en mi nombre. Entiendo que mi(s) institución(es) financiera(s) será(n) notificada(s) de un reclamo pendiente.
- Que tengo la responsabilidad de leer y contestar en forma veraz todas las preguntas en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa o intencionalmente engañosa en esta solicitud u oculto información requerida por la solicitud, seré sometido a penalización por mis acciones.
- Que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión. Se debe realizar una solicitud por escrito dentro de un plazo de 30 días luego de la decisión.

Acepto:

- Devolver cualquier pago de ayuda médica para todas las personas que reciben asistencia médica si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Ayudar a los Servicios de Manutención de Niños (CSS por sus siglas en inglés) a establecer y hacer cumplir órdenes de manutención (si fuera necesario) si se determina que los adultos en el grupo familiar son elegibles para asistencia médica.
- Pagar la prima del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) cada mes si califico para ese programa. La prima puede ser de solo \$0 o de hasta \$50 dependiendo de sus ingresos.

Certifico:

- Que todas las personas para las cuales estoy solicitando la cobertura de salud - y que sean determinadas elegibles para dicha cobertura - son ciudadanos de los Estados Unidos o ciudadanos no estadounidenses en condición legal de inmigración. Puede exigirse un comprobante de condición migratoria. (Excepción: personas que solicitan asistencia médica de emergencia bajo SOBRA)
- Bajo pena de perjurio, que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.

Autorizo:

- Que los pagos bajo este programa sean realizados directamente a los médicos y otros proveedores médicos u organizaciones de atención médica administrada para servicios médicos cubiertos y otros servicios de salud proporcionados a aquellos para quienes estoy presentando la solicitud mientras sean elegibles.
- Que los proveedores médicos divulguen información médica al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Finanzas de Atención Médica (KDHE – DHCF), el Departamento para Niños y Familias (DCF), el Departamento de Servicios para la Tercera Edad y Personas con Discapacidades de Kansas (KDADS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., compañías de seguro, y otros proveedores médicos contratados. También autorizo al KDHE, DCF y KDADS a compartir información médica para fines administrativos con otras agencias y contratistas.
- A empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, proveedores de beneficios, y a otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a divulgar cualquier información a KDHE, DCF, KDADS, u otros programas de beneficios, cualquier información incluyendo información financiera y otra información confidencial necesaria para establecer mi elegibilidad.

Mi firma en esta solicitud significa que he leído y comprendo las condiciones más arriba. Toda la información proporcionada en esta solicitud está protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad. Esta divulgación es válida a partir de esta fecha. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

_____	_____
Firma del Solicitante (requerida)	Fecha
_____	_____
Firma del Cónyuge u Otro Adulto que está Presentando la Solicitud	Fecha
_____	_____
Firma del Primer Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
_____	_____
Firma del Segundo Testigo (Si se utiliza "X")	Fecha
_____	_____
Firma del representante Médico (si fuera aplicable)	Fecha

¿Le gustaría registrarse hoy para votar?

No _____ Si _____ Ya me registré _____

FOR AGENCY USE ONLY:

Esta página fue intencionalmente dejado en blanco.

Esta página fue intencionalmente dejado en blanco.

Información que Usted Quizás Deba Proporcionar

Usted quizás deba enviar comprobantes de algunas cosas para que procesemos su solicitud. No es necesario que envíe nada ahora. Nos comunicaremos con usted si necesitamos más información.

Comprobante de Ingresos

Si usted está informando que tiene un empleo

Podríamos necesitar copias de sus talones de pago de los últimos 30 días, o una declaración de su empleador con sus ingresos brutos (previo a deducciones).

Si usted está informando que tiene un empleo por cuenta propia

Usted debe enviar sus declaraciones de impuestos más recientes tanto personales como del negocio, incluyendo todas las páginas y adjuntos.

Si usted está informando que tiene otros ingresos

Podríamos necesitar una copia del cheque o carta de beneficio que muestre el monto de los ingresos y la frecuencia con que recibe el pago.

Si usted tiene alguna factura médica impaga de los últimos 3 meses y desea ayuda

Podríamos necesitar copias de todos los talones de pago o cheques que su familia haya recibido en los últimos 3 meses.

Envíe su formulario de solicitud firmado por correo a:

Centro de Intercambio de Información de KanCare

P.O. Box 3599

Topeka, KS 66601-9738

O por Fax al: 1-800-498-1255

Comprobante de Seguro de Salud

Si usted está informando que alguna persona en el grupo familiar tiene otro seguro de salud

Usted debe enviar una copia del frente y del dorso de su tarjeta del seguro de salud.

¿Recordó usted:

- Completar todo?
- Informarnos acerca de todas las personas en su familia y grupo familiar, aún si no necesitan asistencia médica?
- Firmar esta solicitud en la página 18?