



¿Solicita o está renovando beneficios de Medicaid o CHIP? Si contesta “Sí”, tiene que llenar esta hoja.

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD?

Podemos ayudarle sin costo alguno. Llámenos al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 (después de escoger un idioma, oprima el 2). Si tiene una discapacidad de la audición o del habla, llame a 7-1-1 o a cualquier servicio de transmisión (relay).

Sección 1

Su declaración de impuestos del IRS

Tiene que llenar, firmar y enviar esta hoja con su solicitud de beneficios.

Cada persona que aparece en la **Sección H** de la solicitud de **Your Texas Benefits** tiene que contestar las preguntas a continuación (Sección 1). Las personas que deben incluirse en la sección H y que deben contestar las preguntas son:

- Usted.
- Su esposo(a).
- Sus niños de 18 años o menos que viven con usted.
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos del IRS, aunque no viva con usted.
- Cualquier persona de 18 años o menor a quien cuida y que vive con usted.

(Aún puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración de impuestos del IRS).

Persona 1: (contacto principal o jefe del hogar)

Nombre	Segundo nombre	Apellido
Si es casado(a), nombre de su esposo(a):		

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? Sí No

Si contesta “Sí”, conteste las preguntas a, b y c. Si contesta “No”, siga a la pregunta c. ← | ← |

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? Sí No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contesta “Sí”, escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? Sí No

Si contesta “Sí”, escriba el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene usted con el declarante?



Más en la página 2



Sección 1

Su declaración de impuestos del IRS

(continuación)

Persona 2:

<input type="text"/>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido

Si es casado(a), nombre de su esposo(a):

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? Sí No

Si contesta "Sí", conteste las preguntas a, b y c. Si contesta "No", siga a la pregunta c. ← | ← |

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? Sí No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? .. Sí No

Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene usted con el declarante?

¿Vive la Persona 2 en la misma dirección que la Persona 1? Sí No

Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 2?

Persona 3:

<input type="text"/>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido

Si es casado(a), nombre de su esposo(a):

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? Sí No

Si contesta "Sí", conteste las preguntas a, b y c. Si contesta "No", siga a la pregunta c. ← | ← |

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? Sí No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? .. Sí No

Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene usted con el declarante?

¿Vive la Persona 3 en la misma dirección que la Persona 1? Sí No

Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 3?



Sección 1

Su declaración de impuestos del IRS

(continuación)

Persona 4:

Nombre **Segundo nombre** **Apellido**

Si es casado(a), nombre de su esposo(a):

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? Sí No

Si contesta "Sí", conteste las preguntas a, b y c. Si contesta "No", siga a la pregunta c. ← | ←

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? Sí No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? .. Sí No

Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene usted con el declarante?

¿Vive la Persona 4 en la misma dirección que la Persona 1? Sí No

Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 4?

Persona 5:

Nombre **Segundo nombre** **Apellido**

Si es casado(a), nombre de su esposo(a):

¿Va a presentar una declaración de impuestos del IRS el próximo año? Sí No

Si contesta "Sí", conteste las preguntas a, b y c. Si contesta "No", siga a la pregunta c. ← | ←

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su esposo(a)? Sí No

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si contesta "Sí", escriba los nombres de los dependientes:

c. ¿Lo reclamará alguien a usted como dependiente en la declaración de impuestos? .. Sí No

Si contesta "Sí", escriba el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene usted con el declarante?

¿Vive la Persona 5 en la misma dirección que la Persona 1? Sí No

Si contesta "No", ¿cuál es la dirección de la Persona 5?

Si más de 5 personas solicitan beneficios, añada más hojas con los mismos datos.



Sección 2

Deducciones de los impuestos que reclama

Díganos sobre las cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos del IRS. Si alguien tiene deducciones, los costos de la cobertura médica podrían ser un poco más bajos.

Deducciones de los impuestos

Marque todas las que apliquen, escriba la cantidad y cada cuánto la paga. (No incluya costos que ya incluyó como parte de la cantidad neta de trabajo por su cuenta).

- Pensión alimenticia que paga \$ _____ ¿Cada cuánto? _____
- Interés del préstamo estudiantil \$ _____ ¿Cada cuánto? _____
- Otras deducciones, como gastos de educador, cuentas de ahorro para la salud, gastos de mudanza, matrícula y tarifas \$ _____ ¿Cada cuánto? _____ Tipo: _____

Si tiene alguna de estas deducciones, tendrá que enviarnos una copia de la declaración de impuestos del año pasado.

Sección 3

Información sobre las personas que solicitan beneficios

Información sobre las personas que solicitan beneficios

1. ¿Viaja un niño que solicita atención médica con un familiar que es trabajador de campo migrante? Sí No
Si contesta "Sí", ¿quién?

2. ¿Participa un niño en el programa de Niños con Necesidades Médicas Especiales? Sí No
Si contesta "Sí", ¿quién?

3. ¿Es alguien indio americano o nativo de Alaska? Sí No
Si contesta "Sí", tiene que llenar el Apéndice B: Familiar indio americano o nativo de Alaska. La hoja está incluida con esta solicitud. ←
4. ¿Estuvo alguien bajo crianza temporal cuando tenía 18 años o más? Sí No
Si contesta "Sí", ¿quién? _____ ¿En qué estado? _____
5. ¿Es alguien un menor refugiado sin compañía? Esto significa que la persona: (1) no vive con un pariente, (2) tiene 18 años o menos y (3) es un refugiado. Sí No
Si contesta "Sí", ¿quién?

6. ¿Estuvo alguien en un programa de Reubicación de Refugiados para Menores Sin Compañía a los 18 años o más? Sí No
Si contesta "Sí", ¿quién? _____ ¿En qué estado? _____



Sección 4

Dinero que recibe

Dinero que recibe

Sólo llene esta sección si la cantidad de dinero que recibe cambia o podría cambiar de mes a mes. Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, siga con la próxima pregunta.

Sus ingresos totales este año:

\$

Sus ingresos totales el próximo año (si cree que será diferente):

\$

Sección 5

Seguro que ofrece su trabajo

Seguro que ofrece su trabajo

1. ¿Puede obtener seguro médico alguien mencionado en esta solicitud por medio de un trabajo? (Marque "Sí" aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona, por ejemplo, de un padre o esposo). Sí No

Si contesta "Sí", llene el "Apéndice A: Cobertura médica del trabajo".



2. ¿Tenía seguro alguien por medio de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién?

Si contesta "Sí", fecha de terminación:

Si contesta "Sí", razón por la que terminó el seguro:

- Terminó el empleo del padre debido a cortes de personal o cierre de la empresa.
- Terminó la cobertura de COBRA del padre o madre.
- Cambió el estado civil del padre o madre.
- Terminaron los beneficios de CHIP de otro estado.
- Terminaron los beneficios de Medicaid de otro estado.
- Terminó la cobertura médica privada.
- Otra: _____



Sección 6

Lea y firme esta solicitud

A. ¿Está en la cárcel alguien que solicita cobertura médica? Sí No

Si contesta "Sí", ¿quién está en la cárcel?



B. Cómo renovar su cobertura médica en años futuros

Para que sea más fácil saber si puedo recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto que la agencia use datos sobre el dinero que recibo (datos de ingresos), entre ellos, la información de las declaraciones de impuestos. La agencia me enviará un aviso, me permitirá que haga cambios y puedo cancelar (decidir no participar) en cualquier momento.

Acepto: Sí, la agencia puede obtener los datos mencionados antes y renovar mi cobertura médica sin preguntarme durante los próximos:

- 5 años (el máximo permitido)
- 3 años
- No use información de las declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.
- 4 años
- 2 años
- 1 año

Firme aquí

/ /

Fecha (mes/día/año)

APÉNDICE A



Cobertura médica del trabajo

Usted **NO** tiene que contestar estas preguntas a menos que alguien en el hogar pueda obtener cobertura médica de un trabajo. Añada una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos sobre el **trabajo** que ofrece cobertura.

Lleve la **Herramienta de cobertura del empleador** en la **página siguiente al empleador que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas.**

Sólo necesita incluir esta página al enviar su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del empleado ____-____-____
---	---

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de identificación del empleador (EIN) ____-____-____	
5. Dirección del empleador	6. Teléfono del empleador () -	
7. Ciudad	8. Estado	Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre cobertura médica para empleados en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) () -	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Puede obtener la cobertura que ofrece este empleador en este momento, o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?**

Sí (Continúe)

13a. Si está en un período de espera o probatorio, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura? _____
(mes/día/año)

Escriba el nombre de cualquier otra persona que pueda obtener la cobertura de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Díganos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo* **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares):
Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagaría si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si lo sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo al empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento por programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar en primas el empleado para ese plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

Fecha de cambio (mes/día/año): _____

*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficio permitidos cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de los costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)

HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR



Use esta herramienta para ayudar a contestar las preguntas en el Apéndice A sobre la cobertura médica del empleador que puede recibir (incluso si es del trabajo de otra persona, como un padre o esposo). La información en las casillas numeradas a continuación concuerda con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe concordar con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto de la solicitud. Llene una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura médica.



Información del EMPLEADO

El empleado tiene que llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
---	---



Información del EMPLEADOR

Pida esta información al empleador.

3. Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (EIN) _____ - _____ - _____	
5. Dirección del empleador (HHSC enviará avisos a esta dirección)	6. Teléfono del empleador () -	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura médica para empleados en este trabajo?		
11. Teléfono (si es diferente del anterior) () -	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Puede el empleado obtener la cobertura que ofrece el empleador en este momento o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si el empleado no puede obtener cobertura en este momento, como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá obtenerla? _____ (mes/día/año) (Continúe)

No (PARE y entréguele esta hoja al empleado)

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan médico que cubre al esposo, a la esposa o al dependiente de un empleado?

Sí. ¿A quiénes cubre? Esposo(a) Dependiente(s)

No

(Siga a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que satisfaga el estándar de valor mínimo*?

Sí (Siga a la pregunta 15) No (PARE y entréguele la hoja al empleado)

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo* **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagará si recibe el máximo descuento por cualquier programa de cesación de tabaco, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado para este plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas 2 veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

Si el año del plan terminará pronto y sabe que van a cambiar los planes de salud ofrecidos, siga a la pregunta 16. Si no sabe, PARE y entréguele la hoja al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar en primas el empleado para ese plan? \$ _____

b. ¿Cada cuánto? Cada semana Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Cada 3 meses Una vez al año

Fecha de cambio (mes/día/año): _____

*Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficios permitidos, cubiertos por el plan es por lo menos el 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986)

APÉNDICE B



Familiar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Llene este apéndice si usted o un familiar es indio americano o nativo de Alaska. Envíelo con su solicitud.

Díganos sobre el familiar que es indio americano o nativo de Alaska.

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena. Además, quizás no tengan que pagar parte de los costos y podrían tener períodos especiales de inscripción mensual. Conteste las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba toda la ayuda posible.

NOTA: Si quiere incluir más personas, haga una copia de esta página y añádala.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2
1. Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre Segundo nombre	Nombre Segundo nombre
	Apellido	Apellido
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si contesta "Sí", ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha recibido esta persona un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "No", ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "No", ¿puede esta persona recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de un envío a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Algún dinero recibido quizás no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Mencione todos los ingresos (cantidad y cada cuánto) que aparecen en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terreno designado como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluso reservas actuales y anteriores) • Dinero de la venta de artículos de importancia cultural 	\$ _____ ¿Cada cuánto? _____	\$ _____ ¿Cada cuánto? _____

APÉNDICE C



Ayuda para llenar esta solicitud

Puede escoger a un representante autorizado.

Puede darle permiso a una persona de confianza para hablar con nosotros sobre esta solicitud, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud, incluso obtener información sobre su solicitud y firmarla por usted. Esta persona se llama un "representante autorizado". Si necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con la HHSC. Si usted es el representante legalmente designado de alguien en esta solicitud, dé documentos de prueba cuando entregue la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o lote
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Teléfono () -		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación de la organización (si aplica)
10. ¿Sobre qué beneficios podemos hablar con esta persona? <input type="radio"/> Beneficios de comida del SNAP <input type="radio"/> Ayuda de dinero en efectivo de TANF <input type="radio"/> Atención médica (Medicaid o CHIP)		

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todo asunto futuro con esta agencia.

11. Su firma	12. Fecha (mes/día/año)
--------------	-------------------------

For certified application counselors, navigators, agents, and brokers only./Solo para uso de los consejeros certificados de solicitudes, navegantes, agentes e intermediarios solamente.

Complete this section if you're a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)	
2. First name, middle name, last name, & suffix	
3. Organization name	4. Organization ID number (if applicable)