

Solicitud para el Plan de Salud del Gobierno

➔ Solicite más rápido en línea en [Medicaid.PR.gov](https://www.Medicaid.PR.gov).



¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice este formulario de solicitud y solicite para cualquier persona en su hogar.
- Solicite incluso si usted, su cónyuge o su hijo ya tienen cubierta de salud.
- Los hogares que incluyen inmigrantes elegibles pueden solicitar. Usted puede solicitar para su hijo incluso si usted no es elegible para la cubierta. La solicitud no afectará su estatus migratorio o las posibilidades de convertirse en un residente o ciudadano permanente.
- Si alguien le está ayudando a llenar este formulario, es posible que deba completar el Anejo B.



Lo que puede necesitar para aplicar

- Números de Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante elegible que necesite cubierta).
- Información de patrono e ingresos de cada miembro de su hogar (como talonarios de pago, declaraciones de salarios e impuestos).
- Números de póliza para cualquier plan de seguro médico actual.



¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos por su ingreso e información adicional con el propósito de informarle para que cubierta cualifica. **Mantendremos toda la información proporcionada en forma segura y confidencial, según lo exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, vaya a [Medicaid.PR.gov](https://www.Medicaid.PR.gov).



¿Qué ocurrirá después?

Envíe su solicitud completada y firmada a la dirección en la página 11. **Si no tiene toda la información que solicitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Le daremos seguimiento en un plazo de 1 a 2 semanas con instrucciones sobre los pasos a seguir para completar su solicitud. Recibirá una notificación de decisión de elegibilidad por correo después de procesar su solicitud. Si no recibe una notificación nuestra, visite [Medicaid.PR.gov](https://www.Medicaid.PR.gov) o llame a nuestro Centro de Ayuda. El completar esta solicitud no le compromete con nada.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [Medicaid.PR.gov](https://www.Medicaid.PR.gov)
- **Por teléfono:** llame a nuestro Centro de Ayuda.
- **En persona:** En cualquier oficina local del Programa Medicaid.
- **In English:** Call our Help Center at **(787) 641-4224 / (787) 625-6955** TTY/TDD
- **Otros idiomas:** Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés o español, llame a nuestro Centro de Ayuda y dígame al representante de servicio al cliente qué idioma necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted.

Utilice tinta azul o negra para llenar esta solicitud.

PASO 1: Cuéntenos sobre usted.

Un adulto de la familia debe ser la persona de contacto para esta solicitud y es quien debe completar esta sección.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
Dirección residencial (Deje en blanco si no tiene una dirección residencial)			
Línea de dirección 1		Línea de dirección 2	
Ciudad	Estado	Código postal	Barrio
Dirección postal (obligatorio)			Igual que la dirección residencial: <input type="checkbox"/>
Línea de dirección 1		Línea de dirección 2	
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono	<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Trabajo	Otro número de teléfono	<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Trabajo
(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
¿Desea recibir comunicaciones electrónicamente?		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Dirección correo electrónico:			
Idioma hablado preferido:		español <input type="radio"/> inglés <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> _____	
Idioma escrito preferido:		español <input type="radio"/> inglés <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> _____	

PASO 2: Cuéntenos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Complete el PASO 2 para cada persona en su hogar, incluso si la persona ya tiene cubierta de salud. La información en esta solicitud nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cubierta posible. El tipo de programa para el cual cada persona cualifica tiene como base el número de personas en su núcleo familiar y los ingresos de cada uno de estos. Si no incluye a alguien, porque ya tiene cubierta de salud, los resultados de elegibilidad podrían verse afectados.

Para adultos que necesitan cubierta de salud:

Incluya a las personas a continuación, **incluso si no están solicitando cubierta de salud para sí mismos**, si viven en el mismo hogar -

- Cualquier cónyuge;
- Cualquier hijo o hija menor de 21 años, incluidos los hijastros.

Para niños menores de 21 años, que necesitan cubierta:

Incluya a las personas a continuación, **incluso si no están solicitando cubierta de salud para sí mismos**, si viven en el mismo hogar -

- Cualquier padre (o padrastro);
- Cualquier hermano/a menor de 21 años;
- Cualquier hijo o hija menor de 21 años, incluidos los hijastros;
- Cualquier cónyuge.

Complete el PASO 2 para cada persona en su hogar.

Comenzando con usted, luego agregue otros adultos y niños. Si tienes más de 2 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas a esta solicitud.

No necesita proporcionar un estatus migratorio o un Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) para cualquier persona que no esté solicitando cubierta de salud.

Compruebe todos los Anejos. Complete los Anejos A y B si es necesario. Complete una copia del Anejo C para cada persona en esta solicitud y el Anejo D para elegir compañías de seguros para cada persona. Adjunte a la solicitud todos los Anejos completados.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD - Visite Medicaid.PR.gov o llame a nuestro CENTRO DE AYUDA al (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD. To obtain a copy of this form in English, call our HELP CENTER at (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD.

PASO 2: PERSONA 1**(Comenzando con usted)**

Complete el PASO 2 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quién incluir.

1. Nombre		Segundo nombre		Apellido		Segundo apellido			
2. Relación con la Persona 1 YO MISMO		3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]				4. Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		5. Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
6. Número de Seguro Social (SSN) [][][] - [][][] - [][][][][]						7. ¿La PERSONA 1 está casada? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
<p>Necesitamos este número de SSN si desea cubierta de salud y tiene un SSN o puede obtener uno. Utilizamos SSN para verificar los ingresos y otra información, para ver quién es elegible para la cubierta de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite socialsecurity.gov o llame a 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar 1-800-325-0778.</p>									
8. ¿Está embarazada? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan en este embarazo? <input type="text"/>				Fecha probable de parto (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]			
9. ¿Necesita la PERSONA 1 cubierta de salud? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			En caso afirmativo, responda a todas las preguntas a continuación. Si es No, vaya a las preguntas de ingresos en la página siguiente.						
10. ¿Tiene la PERSONA 1 una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, realizar tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico / residencia de ancianos?								Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
11. ¿PERSONA 1 es ciudadana o nacional de los Estados Unidos?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En caso afirmativo, vaya a la pregunta 13			
12. ¿Si la PERSONA 1 no es ciudadana o nacional de los Estados Unidos, la PERSONA 1 tiene estatus migratorio elegible? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En caso afirmativo, anote el tipo de documento y el número de identificación adecuado y responda a otras preguntas a continuación (véase el Anejo E)									
Tipo de documento de inmigración					Número de Identificación del documento de inmigración				
Escriba el nombre de la PERSONA 1 tal como aparece en su documento de inmigración.									
¿La PERSONA 1 ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Es la PERSONA 1 o el cónyuge o padre de la PERSONA 1, un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos?				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
13. ¿La PERSONA 1 desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
14. ¿La PERSONA 1 vive con al menos un niño menor de 21 años, y es el encargado principal del cuidado de este niño? (Seleccione "Sí" si la PERSONA 1 o su cónyuge se encarga del niño.)								Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
15. ¿La PERSONA 1 estaba en hogares de crianza a los 18 años o más?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		En caso afirmativo, ¿en qué estado?	
Opcional: (todo lo que corresponda.)	16. Si es hispano/latino, origen étnico: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicanoamericano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____								
	17. Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guamaniano o Charmorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____								



PASO 2: PERSONA 1

(Continuación)

Información actual sobre trabajo e ingresos

Empleado: Si la PERSONA 1 está actualmente empleada, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 18.

No empleado: Pase a la pregunta 28.

Por cuenta propia: Pase a la pregunta 27.

Trabajo actual 1:

18. Nombre del patrono

19. Dirección del patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del patrono

20. Salarios/propinas (antes de impuestos)

\$

Por horas

Semanal

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

21. Promedio de horas / SEMANA

Trabajo actual 2: (Si la PERSONA 1 tiene más de 2 trabajos, adjunte hojas de papel adicionales con la información)

22. Nombre del patrono

23. Dirección del patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del patrono

24. Salarios/propinas (antes de impuestos)

\$

Por horas

Semanal

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

25. Promedio de horas / SEMANA

26. En el último año, la PERSONA 1: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

27. Si la PERSONA 1 trabaja por cuenta propia: Tipo de trabajo:

¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos de negocio) la PERSONA 1 obtendrá trabajando por cuenta propia este mes?

\$

28. Otros ingresos PERSONA 1 obtiene este mes: Complete todo lo que corresponda, dando la cantidad y la frecuencia con la que la PERSONA 1 lo recibe. No nos hable sobre los ingresos de la PERSONA 1 de la pensión alimentaria, pagos de veteranos o SSI. Marque aquí si ninguno

Desempleo

\$

¿Con qué frecuencia?

Pensión a excónyuge recibida

\$

¿Con qué frecuencia?

Pensión

\$

¿Con qué frecuencia?

Agricultura/pesca neta

\$

¿Con qué frecuencia?

Seguro Social

\$

¿Con qué frecuencia?

Alquiler/regalías neto

\$

¿Con qué frecuencia?

Cuentas de jubilación

\$

¿Con qué frecuencia?

Otros ingresos, tipo: _____

\$

¿Con qué frecuencia?

29. Deducciones: Complete todo lo que corresponda, dando la cantidad y la frecuencia con la que la PERSONA 1 lo paga. **NOTA:** No incluya ningún salario de la pensión alimentaria PERSONA 1 paga, o costos ya considerados en respuesta a los ingresos netos por trabajo por cuenta propia.

Pensión a excónyuge pagada

\$

¿Con qué frecuencia?

Otras deducciones, tipo: _____

\$

¿Con qué frecuencia?

Intereses de préstamo estudiantil

\$

¿Con qué frecuencia?

30. Complete estos renglones si los ingresos de la persona cambian durante el año. Si no se esperan cambios, pase a la siguiente persona.

Ingresos totales de la PERSONA 1 este año

\$

Ingresos totales de la PERSONA 1 el próximo año

\$

NOTA: En preguntas 28 y 29, responda a "¿Con qué frecuencia?" - Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Quincenal / Anual / o escriba otro valor.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD - Visite Medicaid.PR.gov o llame a nuestro CENTRO DE AYUDA al (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD. To obtain a copy of this form in English, call our HELP CENTER at (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD.

PASO 2: PERSONA 2

Haga copias de las páginas 5-6 si hay más de 2 personas en su hogar.

Complete esta página para su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quién incluir.

1. Nombre		Segundo nombre		Apellido		Segundo apellido			
2. Relación con la Persona 1 *		3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)				4. Sexo		5. Género	
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
6. Número de Seguro Social (SSN)						7. ¿La PERSONA 2 está casada?			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Necesitamos este número de SSN si desea cubierta de salud para la PERSONA 2, y la PERSONA 2 tiene un SSN o puede obtener uno.									
¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que la PERSONA 1? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
Si es No, entre la dirección <input type="text"/>									
8. ¿Está embarazada la PERSONA 2?		En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan en este embarazo?				Fecha probable de parto (dd/mm/aaaa)			
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
9. ¿Necesita la PERSONA 2 cubierta de salud?		En caso afirmativo, responda a todas las preguntas a continuación. Si es No, vaya a las preguntas de ingresos en la página siguiente.							
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
10. ¿Tiene la PERSONA 2 una condición de salud física, mental o emocional que causa limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, realizar tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico / residencia de ancianos?								Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
11. ¿PERSONA 2 es ciudadana o nacional de los Estados Unidos?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En caso afirmativo, vaya a la pregunta 14			
12. ¿Si la PERSONA 2 no es ciudadana o nacional de los Estados Unidos, la PERSONA 2 tiene estatus migratorio elegible?									
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		En caso afirmativo, anote el tipo de documento y el número de identificación adecuado y responda a otras preguntas a continuación (véase el Anejo E)							
Tipo de documento de inmigración				Número de Identificación del documento de inmigración					
Escriba el nombre de la PERSONA 2 tal como aparece en su documento de inmigración.									
¿La PERSONA 2 ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Es la PERSONA 2 o el cónyuge o padre de la PERSONA 2, un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos?				Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
13. ¿La PERSONA 2 desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
14. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un niño menor de 21 años, y es el encargado principal del cuidado de este niño? (Seleccione "Sí" si la PERSONA 2 o su cónyuge se encarga del niño.)								Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
15. ¿La PERSONA 2 estaba en hogares de crianza a los 18 años o más?						Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		En caso afirmativo, ¿en qué estado?	
Opcional: (todo lo que corresponda.)		16. Si es hispano/latino, origen étnico:							
		<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicanoamericano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____							
		17. Raza:							
		<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guamaniano o Charmorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____							

* Consulte la lista en la parte inferior de la página 8 para ver las opciones que se pueden introducir para "Relación" en la pregunta 2.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD - Visite Medicaid.PR.gov o llame a nuestro CENTRO DE AYUDA al (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD. To obtain a copy of this form in English, call our HELP CENTER at (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD.

PASO 2: PERSONA 2

Cuéntenos sobre cualquier ingreso que obtenga PERSONA 2.
Complete esta página incluso si LA PERSONA 2 no necesita cubierta de salud.

Información actual sobre trabajo e ingresos

- Empleado:** Si la PERSONA 2 está actualmente empleada, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 18.
 No empleado: Pase a la pregunta 28.
 Por cuenta propia: Pase a la pregunta 27.

Trabajo actual 1:

18. Nombre del patrono

19. Dirección del patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del patrono

20. Salarios/propinas (antes de impuestos)

\$

- Por horas Semanal Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mensual Anual

21. Promedio de horas / SEMANA

Trabajo actual 2: (Si la PERSONA 2 tiene más de 2 trabajos, adjunte hojas de papel adicionales con la información)

22. Nombre del patrono

23. Dirección del patrono: Línea 1

Línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del patrono

24. Salarios/propinas (antes de impuestos)

\$

- Por horas Semanal Cada 2 semanas
 Dos veces al mes Mensual Anual

25. Promedio de horas / SEMANA

26. En el último año, la PERSONA 2: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Empezó a trabajar menos horas Ninguno de estos

27. Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia: Tipo de trabajo:

¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos de negocio) la PERSONA 2 obtendrá trabajando por cuenta propia este mes?

\$

28. Otros ingresos PERSONA 2 obtiene este mes: Complete todo lo que corresponda, dando la cantidad y la frecuencia con la que la PERSONA 2 lo recibe. **No** nos hable sobre los ingresos de la PERSONA 2 de la pensión alimentaria, pagos de veteranos o SSI. **Marque aquí si ninguno**

Desempleo

\$

¿Con qué frecuencia?

Pensión a excónyuge recibida

\$

¿Con qué frecuencia?

Pensión

\$

¿Con qué frecuencia?

Agricultura/pesca neta

\$

¿Con qué frecuencia?

Seguro Social

\$

¿Con qué frecuencia?

Alquiler/regalías neto

\$

¿Con qué frecuencia?

Cuentas de jubilación

\$

¿Con qué frecuencia?

Otros ingresos, tipo: _____

\$

¿Con qué frecuencia?

29. Deducciones: Complete todo lo que corresponda, dando la cantidad y la frecuencia con la que la PERSONA 2 lo paga. **NOTA:** No incluya ningún salario de la pensión alimentaria PERSONA 2 paga, o costos ya considerados en respuesta a los ingresos netos por trabajo por cuenta propia.

Pensión a excónyuge pagada

\$

¿Con qué frecuencia?

Otras deducciones, tipo: _____

\$

¿Con qué frecuencia?

Intereses de préstamo estudiantil

\$

¿Con qué frecuencia?

30. Complete estos renglones si los ingresos de la persona cambian durante el año. Si no se esperan cambios, pase a la siguiente persona.

Ingresos totales de la PERSONA 2 este año

\$

Ingresos totales de la PERSONA 2 el próximo año

\$

NOTA: En preguntas 28 y 29, responda a "¿Con qué frecuencia?" – Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Quincenal / Anual / o escriba otro valor.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD - Visite Medicaid.PR.gov o llame a nuestro CENTRO DE AYUDA al (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD. To obtain a copy of this form in English, call our HELP CENTER at (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD.

PASO 3: Relaciones entre los miembros del hogar

Debe decirnos las relaciones que existen entre todos los miembros del hogar. La relación de cada persona con la PERSONA 1 ya ha sido recogida en el PASO 2, pero todavía necesitamos establecer la relación entre otras personas en esta solicitud. Si la solicitud es solo para una o dos personas, omite esta sección y vaya al PASO 4.

En la sección a continuación para la 2a PERSONA, ingrese el nombre de la 2a PERSONA en la parte superior de la sección. Luego, para cada persona después de la 2a, ingrese el nombre de la persona en la fila apropiada y su relación con la 2a PERSONA. En la siguiente sección, repita de manera similar para la 3a PERSONA y la relación de otros miembros con la 3a PERSONA. Luego sucesivamente para cada miembro adicional, según sea necesario, en las secciones restantes hasta la última para la relación entre la 10a PERSONA y la 9a PERSONA.

En la sección de cada persona adicional habrá una fila menos que la sección anterior, ya que es necesario establecer menos relaciones. Si la solicitud contiene más de 10 personas, póngase en contacto con nosotros en una oficina local o llamando a nuestro CENTRO DE AYUDA.

Asegúrese de que el nombre de toda persona ingresada a continuación coincida con una persona introducida en el PASO 2.

2ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 2ª PERSONA
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

3ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 3ª PERSONA
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 4ª PERSONA
5		
6		
7		
8		
9		
10		



PASO 3: Relaciones entre los miembros del hogar (Continuación)

5ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 5ª PERSONA
6		
7		
8		
9		
10		
6ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 6ª PERSONA
7		
8		
9		
10		
7ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 7ª PERSONA
8		
9		
10		
8ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 8ª PERSONA
9		
10		
9ª PERSONA – Nombre:		
#	Nombre	Relación con la 9ª PERSONA
10		

Utilice uno de los siguientes valores para indicar las relaciones entre las personas:

- Esposo
- Esposa
- Padre
- Madre
- Padrastro
- Madrastra
- Hijo
- Hija
- Hijastro
- Hijastra
- Hermano
- Hermana
- Hermanastro
- Hermanastra
- Abuelo
- Abuela
- Nieto
- Nieta
- Tío
- Tía
- Sobrino
- Sobrina
- Primo Hermano / Prima Hermana
- Otra familia
- No familia

* Las relaciones anteriores también se aplican cuando la relación es el resultado de una adopción.



PASO 4: Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN) miembros del hogar

1. ¿Es usted, o alguien en su hogar es, indio americano o nativo de Alaska?

- No** Si es No, continúe con el PASO 5.
 Sí En caso afirmativo, complete el Anejo A e inclúyalo con esta solicitud, y luego continúe con el PASO 5.

PASO 5: Otras cubiertas de seguro de salud

¿Alguien en su hogar que esté solicitando cubierta de salud tiene **otro** seguro de salud?

- Sí** **No** En caso afirmativo, complete la siguiente información. Si es No, vaya al PASO 6.

Usted y los miembros de su hogar todavía pueden ser elegibles para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno, incluso si actualmente están cubiertos por otro plan de salud. Complete una sección a continuación para cada persona con un seguro de salud por cada plan que tenga. Si es necesario, haga copias de esta página. Asegúrese de que el nombre de la persona ingresada a continuación coincida con una persona incluida en el PASO 2.

Persona/Seguro 1	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta: <input type="radio"/> Seguro patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguros de salud	Número de póliza / identificación
	¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Persona/Seguro 2	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta: <input type="radio"/> Seguro patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguros de salud	Número de póliza / identificación
	¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Persona/Seguro 3	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta: <input type="radio"/> Seguro patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguros de salud	Número de póliza / identificación
	¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Persona/Seguro 4	Nombre de la persona inscrita en un plan de seguro de salud	
	Tipo de cubierta: <input type="radio"/> Seguro patronal <input type="radio"/> COBRA <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> TRICARE <input type="radio"/> VA <input type="radio"/> Peace Corps <input type="radio"/> Plan de Salud del Gobierno <input type="radio"/> Otro	
	Nombre de la compañía de seguros de salud	Número de póliza / identificación
	¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	



PASO 6: Su acuerdo y firma

1. ¿Algún solicitante de cubierta de salud en esta solicitud se encuentra encarcelado (detenido o preso)?

Sí

No

En caso afirmativo, díganos el nombre de la persona encarcelada.

Lenar aquí si esta persona se enfrenta a la disposición de los cargos.

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid:

- Estoy cediendo al Programa Medicaid de Puerto Rico nuestros derechos para diligenciar y obtener cualquier dinero de otros seguros de salud, acuerdos legales u otros terceros. También estoy dando al Programa Medicaid de Puerto Rico derechos para diligenciar y conseguir el apoyo para el pago de cubierta de salud de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de la casa? Sí No
- En caso afirmativo, entiendo que se me pedirá cooperación con la agencia que recoge la ayuda para servicios de salud de un padre ausente. Si entiendo que cooperar en la obtención de ayuda para servicios de salud pudiera dañarme o cualquier de mis niños, puedo comunicarlo al Programa Medicaid de Puerto Rico y podría no ser necesaria mi cooperación.
- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en esta solicitud a mi mejor saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta.
- Sé que debo informar al Programa Medicaid de Puerto Rico dentro de 30 días si algo cambia o es diferente a lo escrito en esta solicitud. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad, así como la elegibilidad para los miembros de mi hogar.
- Sé que, bajo la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja de discriminación visitando [hhs.gov/ocr/office/file](https://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Sé que la información en esta solicitud se utilizará solo para determinar la elegibilidad para la cubierta de salud, ayudar a pagar la cubierta (si se solicita), y para fines legales del Programa Medicaid de Puerto Rico que ayudan a pagar la cubierta.

Necesitamos esta información con el propósito de verificar su elegibilidad para recibir ayuda para el pago de cubierta de salud si decide solicitarla. Verificaremos sus respuestas utilizando información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de consumo. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe documentación para confirmar la información.

¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la notificación de decisiones de elegibilidad?

Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, en muchos casos, puede solicitar una apelación. Revise su notificación de elegibilidad para encontrar instrucciones específicas sobre apelaciones para cada persona en su hogar que solicita cubierta, incluyendo cuántos días tiene para solicitar una apelación. Esta es la información importante que debe tener en cuenta al solicitar una apelación:

- Puede hacer que alguien solicite o participe en su apelación si lo desea. Esa persona puede ser un amigo, pariente, abogado u otra persona. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, es posible que pueda mantener su elegibilidad para la cubierta mientras su apelación está pendiente.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar.

Para apelar sus resultados de elegibilidad, visite una de nuestras oficinas locales. También puede enviar por correo un formulario de solicitud de apelación o su propia carta solicitando una apelación a: Programa Medicaid de Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico, PO BOX 70184, San Juan, PR 00936-8184. Puede apelar las decisiones de elegibilidad, los períodos de elegibilidad e inscripción, y los niveles de costo compartido entre los resultados de esta solicitud.

Firma

La PERSONA 1 debe firmar esta solicitud.

Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando la PERSONA 1 firme el Anejo B.

Firma

Fecha de firma (dd/mm/aaaa)

				/					/				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

PASO 7: Devuelva la solicitud completada



Envíe su solicitud completada y firmada a:
Programa Medicaid de Puerto Rico
Departamento de Salud de Puerto Rico
PO BOX 70184
San Juan, PR 00936-8184



Entregue su solicitud completada y firmada a cualquier oficina local del Programa Medicaid de Puerto Rico.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD - Visite [Medicaid.PR.gov](https://www.Medicaid.PR.gov) o llame a nuestro CENTRO DE AYUDA al (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD. To obtain a copy of this form in English, call our HELP CENTER at (787) 641-4224 / (787) 625-6955 TTY/TDD.

11 de 22

Anejo A

Para indios americanos o nativos de Alaska (AI/AN)

Complete este Anejo e inclúyalo con su solicitud **si usted o un miembro del hogar es indio americano o nativo de Alaska y está solicitando cubierta de salud.**

Proporcione información sobre miembros de su hogar que son indios americanos o nativos de Alaska

Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios del Servicios de Salud para Indios, programas de salud tribales o programas urbanos de salud india. También es posible que no tengan que pagar el costo compartido y pueden obtener períodos de inscripción mensuales especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su hogar reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela a esta solicitud.

PERSONA AI/AN 1	1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
	2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	En caso afirmativo, nombre de la tribu:			Estado en el que se encuentra la tribu: <input type="text"/> <input type="text"/>
	3. ¿Esta persona ha recibido algún servicio del Servicios de Salud para Indios, un programa de salud tribal, o un programa urbano de salud india, o a través de una referencia de uno de estos programas?			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	¿Si es No, es esta persona elegible para recibir servicios del Servicios de Salud para Indios, programas de salud tribales o programas urbanos de salud india, o a través de una referencia de uno de estos programas?			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
4. Cierta cantidad de dinero recibida no puede ser contada para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Anote cualquier ingreso (cantidad y frecuencia recibida) que se incluya como ingreso en el PASO 2 para esta persona, que proviene de estas fuentes:				
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos que provienen de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indias por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las reservas anteriores) • Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural. 				
\$		¿Con qué frecuencia?		

PERSONA AI/AN 2	1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
	2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
	En caso afirmativo, nombre de la tribu:			Estado en el que se encuentra la tribu: <input type="text"/> <input type="text"/>
	3. ¿Esta persona ha recibido algún servicio del Servicios de Salud para Indios, un programa de salud tribal, o un programa urbano de salud india, o a través de una referencia de uno de estos programas?			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	¿Si es No, es esta persona elegible para recibir servicios del Servicios de Salud para Indios, programas de salud tribales o programas urbanos de salud india, o a través de una referencia de uno de estos programas?			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
4. Cierta cantidad de dinero recibida no puede ser contada para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Anote cualquier ingreso (cantidad y frecuencia recibida) que se incluya como ingreso en el PASO 2 para esta persona, que proviene de estas fuentes:				
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos que provienen de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indias por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las reservas anteriores) • Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural. 				
\$		¿Con qué frecuencia?		

NOTA: En preguntas 4, responda a "¿Con qué frecuencia?" – Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Quincenal / Anual / o escriba otro valor.



Anejo B

Ayuda para completar esta solicitud

Para consejeros de solicitudes certificados, navegadores, agentes y corredores SOLAMENTE

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitudes certificado, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de inicio de solicitud (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Nombre	Segundo nombre		Apellido			Segundo apellido			
3. Nombre de organización									
4. Número de identificación (si corresponde)					5. Solo agentes/corredores: Número NPN				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Puede elegir un representante autorizado

Puede dar a una persona de confianza permiso para hablar con nosotros sobre esta solicitud, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmar su solicitud en su nombre. Usted puede otorgar a esta persona permiso para actuar en su nombre durante el proceso de solicitud, o para continuar actuando en su nombre en todos los asuntos relacionados que ocurran después de que se apruebe la solicitud, al tratar con el Programa Medicaid de Puerto Rico. Esta persona se llama "representante autorizado".

Si, en algún momento, necesita cambiar o remover a su representante autorizado, comuníquese con el Programa Medicaid de Puerto Rico.

La persona que usted designe como su representante autorizado debe llenar la información solicitada en la SECCIÓN 1, luego firmar y fecha en el espacio provisto. Usted debe completar la SECCIÓN 2 indicando qué actividades autoriza a esta persona a realizar en su nombre y debe incluir firma y fecha al final de esta SECCIÓN 2.

SECCION 1 - Para ser completado por la persona designada como representante autorizado									
1. Nombre	Segundo nombre		Apellido			Segundo apellido			
2. Línea de dirección 1					Línea de dirección 2				
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal		7. Número de teléfono					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>					
8. Nombre de la organización									
9. Número de identificación (si corresponde)									
10. Relación con el solicitante (PERSONA 1)									
<input type="radio"/> Abogado			<input type="radio"/> Depto. De la Familia			<input type="radio"/> Familiar			
<input type="radio"/> Institucional			<input type="radio"/> Amigo			<input type="radio"/> Otro (explicar) _____			
FIRMA de representante autorizado						Fecha de firma (dd/mm/aaaa)			
<input type="text"/>						<input type="text"/>			

SECCIÓN 2 - Para ser completado por la PERSONA 1 como se indica en esta solicitud									
Actividad autorizada	Descripción de las actividades permitidas								
<input type="radio"/> Solicitud	• Firma de solicitud y participar en entrevistas si es necesario • Proporciona toda la información y documentación solicitada para la determinación de elegibilidad				• Recibe la notificación de decisión de elegibilidad • Habla en nombre del solicitante en cualquier audiencia, resultado de una apelación relacionada con esta solicitud				
<input type="radio"/> Continuidad	• Informa cambios en la información de la solicitud • Actúa en nombre del solicitante en las redeterminaciones				• Coordina citas con el Programa Medicaid de PR • Recibe las notificaciones relacionadas con el solicitante				
Yo, el abajo firmante, autorizo a la persona mencionada en la SECCIÓN 1 a actuar en mi nombre para las actividades que he seleccionado en esta SECCIÓN 2. Entiendo que soy responsable de cualquier información proporcionada al Programa Medicaid de PR por cualquier persona que actúe como mi representante autorizado. También entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con el Programa de Medicaid de PR si en algún momento deseo cambiar o remover a la persona que he designado como mi representante autorizado.									
FIRMA de La PERSONA 1 en esta solicitud						Fecha de firma (dd/mm/aaaa)			
<input type="text"/>						<input type="text"/>			



Anejo C

Solicitud suplementaria

Cubierta en Programas de Ancianos, Ciegos, Discapacitados, Medicamento Necesitado y Estatal

La información inicial de la solicitud ingresada en el PASO 2 se utiliza para evaluarlo a usted y a otros miembros del hogar para la cubierta de Medicaid o CHIP usando lo que se conoce como reglas MAGI. Si usted no cualifica para la cubierta bajo las reglas del MAGI, es posible que usted sea elegible para la cubierta bajo otras reglas, lo que se conoce como Medicamento Necesitado, que todavía es parte del programa federal Medicaid. Además, el Programa Medicaid de Puerto Rico puede evaluarlo para la cubierta bajo nuestro Programa Estatal. Estas reglas adicionales se conocen colectivamente como "no-MAGI". Usted no tiene que ser evaluado para estas otras opciones, pero si decide ser evaluado debe proporcionar la información adicional solicitada a continuación. Si usted no cualifica bajo las reglas MAGI y no elige continuar con esta solicitud suplementaria, usted será encontrado inelegible para cubierta de salud.

NOTAS: Para las personas mayores de 65 años, cualificar bajo las reglas MAGI sólo es posible si la persona es un pariente cercano de un niño menor de 18 años y es la persona encargada principal del cuidado de este niño. Individuos certificados como Ciegos o Discapacitados, deben cualificar bajo las reglas no-MAGI.

Copie esta Anejo C para cada persona en su hogar que se incluyó en el PASO 2 y responda a las preguntas para cada una de ellas.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
<input type="radio"/> SÍ , este individuo desea ser evaluado para no-MAGI.		<input type="radio"/> NO , esta persona no desea una evaluación no-MAGI.	
2. ¿Esta persona es discapacitada?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	3. ¿Esta persona es ciego?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Si la respuesta a la pregunta 1 es "Sí" para al menos una persona en esta solicitud, las preguntas 4 a 8 deben ser respondidas para todas las personas en la solicitud. Incluso si la respuesta a la pregunta 1 es "No" para una persona, su información puede ser necesaria para evaluar a cualquiera que responda "Sí".			

4. Tipos adicionales de ingresos a considerar. Si esta persona tiene cualquiera de los tipos de ingresos mostrados de la "a" a la "d", introduzca la cantidad y la frecuencia con la que se reciben los ingresos.

Tipo de ingresos	Cantidad	¿Con que frecuencia?
a. Beneficios de veteranos	\$	
b. Pensión alimentaria recibida	\$	
c. Ayuda recibida de algún familiar	\$	
d. En especie (ayuda en comida, Pampers para bebés etc.)	\$	

5. Gastos adicionales a considerar. Si esta persona tiene cualquiera de los tipos de gastos mostrados de la "a" a la "e", introduzca la cantidad y la frecuencia con la que se incurre en el gasto.

Tipo de gasto	Cantidad	¿Con que frecuencia?
a. Ayuda brindada a familiar	\$	
b. Pensión alimentaria pagada	\$	
c. Los gastos de cuidado de niño requeridos para que esta persona pueda trabajar. Nombre del niño en cuidado: (Este niño debe ser una persona en esta solicitud en el PASO 2.)	\$	
d. Los gastos de cuidado de niño requeridos para que esta persona pueda trabajar. Nombre del niño en cuidado: (Este niño debe ser una persona en esta solicitud en el PASO 2.)	\$	
e. Los gastos de cuidado de una persona discapacitada de 21 años o más, requeridos para que esta persona pueda trabajar. Nombre de la persona discapacitada:	\$	

NOTA: En preguntas anteriores, responda a "¿Con qué frecuencia?" – Semanal / Cada 2 semanas / Mensual / Quincenal / Anual / o escriba otro valor.

Si se necesita más espacio para los gastos de cuidado para esta persona, copie esta página y adjúntela a la solicitud.

NOTA: Tenga cuidado de reportar cada gasto de "cuidado" en el hogar bajo una sola persona y no los duplique. Si más de una persona es corresponsable de estos gastos, elija a quién debe asignarse el gasto.



Anejo C

Solicitud suplementaria (Continuación)

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido

Copie el nombre de la pregunta 1 en página anterior y continúe respondiendo a las preguntas para esta persona.

6. Activos / Recursos a tener en cuenta. Si esta persona tiene cualquiera de los tipos de activos o recursos mostrados de la "a" a la "l", introduzca el valor del activo / recurso.

Tipo de activo / recurso	Valor	Tipo de activo / recurso	Valor
a. Efectivo	\$	b. Cuentas bancarias	\$
c. Certificados de ahorro / CDs	\$	d. Bonos / Acciones	\$
e. Seguro de vida	\$	f. Fondos Fiduciarios	\$
g. IRA / 401k / Fondos de jubilación	\$	h. Otros activos financieros	\$
i. Equipos / Máquinas / Herramientas	\$	j. Mercancía / Ganadería	\$
k. Bienes Raíces*	* Introduzca los detalles bajo la pregunta 7.	l. Vehículos *	* Introduzca los detalles bajo la pregunta 8.

7. Bienes Raíces para ser considerado. Casas, edificios, terrenos que este individuo posee. No marcar más de uno como hogar principal.

Descripción incluyendo la ubicación	Hogar primario	Valor	Adeudado (hipoteca etc.)
	<input type="checkbox"/>	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	\$	\$

8. Vehículos para ser considerado. Carros, camiones, guaguas, motocicletas, autocaravanas, barcos y cualquier otro vehículo.

Descripción (Modelo/Marca)	Año	Licencia / ID #	Estado	Valor	Adeudado
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

NOTA: No copie la información sobre activos/recursos (incluidos bienes raíces y vehículos) bajo más de una persona. Si los activos/recursos son de propiedad conjunta, elija una persona bajo la cual registrar ese activo/recurso.

Si esta PERSONA es un empleado del gobierno en Puerto Rico, conteste las preguntas 9-11.

9. Esta PERSONA es empleada por:	<input type="radio"/> Agencia del gobierno central	<input type="radio"/> Municipio	<input type="radio"/> Corporación pública
10. Agencia / Municipio / Corporación Pública		11. Aportación patronal a un plan de salud	\$

Si esta PERSONA es o tiene relación con un miembro de la **Policía de Puerto Rico**, conteste las preguntas 12 y 13.

12. Nombre del miembro de la Policía	
13. Relación que esta PERSONA tiene con el miembro de la Policía en la pregunta 12	<input type="radio"/> Policía <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo

Firma

La PERSONA 1 debe firmar esta solicitud suplementaria.

Si se hacen varias copias de las páginas para el Anejo C, sólo la última página de todas las páginas del Anejo C debe estar firmada.

Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando la PERSONA 1 firme el Anejo B.

Firma	Fecha de firma (dd/mm/aaaa)
	/ /



Anejo D

Selección de MCO (Compañía de Seguros)

Si, como resultado de la evaluación de esta solicitud, una persona es elegible para la cubierta de salud, entonces debe ser asignado a una de las MCO contratadas para administrar el Plan de Salud del Gobierno por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES). Usted tiene la opción de indicar la MCO preferido para cada persona ahora.

Cada persona en esta solicitud puede elegir una MCO de la lista de los actualmente contratados por ASES. Complete la preferencia para cada persona en la tabla a continuación. Si no se indica ninguna preferencia para una persona en esta solicitud, se le asignará una MCO al azar. Si hay más personas en esta solicitud de las que el espacio permite, haga una copia de esta página y adjúntela a la solicitud.

Debajo de la tabla se proporciona una lista de las MCO contratadas. Esta lista puede cambiar con el tiempo y este Anejo se actualizará según sea necesario. Si tiene dudas sobre si esta copia del formulario de solicitud está actualizada, puede consultarla en el sitio web de ASES en www.ases.pr.gov, o llamando a nuestro CENTRO DE AYUDA.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
MCO preferido:			

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
MCO preferido:			

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
MCO preferido:			

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
MCO preferido:			

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
MCO preferido:			

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Segundo apellido
MCO preferido:			

MCO (compañías de seguros) contratadas por ASES para prestar servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno

- First Medical Health Plan
- Plan de Salud Menonita
- MMM Multi Health
- Triple-S Salud

Nota: MCO (por sus siglas en inglés) significa Organización de Cuidado Coordinado.



NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD - Visite Medicaid.PR.gov o llame a nuestro CENTRO DE AYUDA al **(787) 641-4224** / (787) 625-6955 TTY/TDD. To obtain a copy of this form in English, call our HELP CENTER at **(787) 641-4224** / (787) 625-6955 TTY/TDD.

► Lista de estatus migratorio elegible

Si ve el estado de una persona en la lista a continuación, vuelva al PASO 2 y conteste la pregunta de estatus migratorio elegible como “Sí”.

- Residente Permanente Legal (LPR o Titular de una tarjeta verde)
 - Asilado
 - Refugiado
 - Participante cubano o haitiano
 - Entró a los Estados Unidos bajo palabra
 - Entrada condicional otorgada antes de 1980
 - Cónyuge, hijo o padre víctima de violencia doméstica
 - Víctima de tráfico humano y su cónyuge, hijo, hermano o padre
 - Aplazamiento de deportación o de extracción concedido, en virtud de las leyes de inmigración o de la Convención contra la Tortura (CAT)
 - Persona con estatus de no inmigrante (incluye visas de trabajador, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
 - Estatus de protección temporal (TPS) o solicitante de estatus de protección temporal (TPS)
 - Salida forzada aplazada (DED)
 - Estado de acción aplazada
- Nota: Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA, por sus siglas en inglés) no es un estatus migratorio elegible para solicitar un seguro de salud*
- Solicitante de situación especial de inmigrante juvenil
 - Solicitante de Ajuste de situación LPR
 - Solicitante de asilo
 - Solicitante de aplazamiento de deportación o de aplazamiento de remoción, en virtud de las leyes de inmigración o de la Convención contra la Tortura (CAT)
 - Solicitantes de registro (con autorización de empleo)
 - Orden de supervisión (con autorización de empleo)
 - Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con EAD autorización de empleo)
 - Solicitante para legalización bajo IRCA (con autorización de empleo)
 - Legalización bajo ley LIFE (con autorización de empleo)
 - Residente temporal legal
 - Miembro de una tribu india reconocida federalmente, o indio americano estadounidense nacido en Canadá
 - Residente de Samoa Americana
 - Orden administrativa aplazando una remoción por el Departamento de Seguridad Nacional

► Documentos de inmigración

Las personas que no son ciudadanos, pero que son elegibles para solicitar cubierta de seguro de salud, deben incluir sus documentos de inmigración, números de identificación o números de tarjeta en el PASO 2. A continuación, se muestra una lista de documentos, números de identificación y números de tarjeta. Si un documento no aparece en la lista, puede escribir su nombre. Si tiene preguntas, o es elegible pero no tiene el documento, llame a nuestro CENTRO DE AYUDA.

- Tarjeta de Residente Permanente (I-551, también conocido como “Tarjeta Verde”)
 - Número de registro de extranjero
 - Número de tarjeta
 - Sello I-551 temporal (en pasaporte o I-94, I-94A)
 - Número de registro de extranjero
 - Visa de inmigrante legible por máquina (con lenguaje temporal I-551)
 - Número de registro de extranjero
 - Número de pasaporte
 - Documento de autorización de empleo (EAD o I-766)
 - Número de registro de extranjero
 - Número de tarjeta
 - Fecha de expiración
 - Código de categoría
 - Registro de llegada/salida (I-94 o I-94A)
 - Número de I-94
 - Registro de llegada/salida in pasaporte extranjero (I-94)
 - Número de I-94
 - Número de pasaporte
 - Fecha de expiración
 - País de emisión
 - Pasaporte extranjero
 - Número de pasaporte
 - Fecha de expiración
 - País de emisión Permiso de Reingreso (I-327)
 - Número de registro de extranjero
 - Documento de viaje de refugiados (I-571)
 - Número de registro de extranjero
 - Certificado de Elegibilidad para estatus de estudiante (I-20) no-inmigrante (F-1)
 - Número de registro de extranjero o un número de I-94
 - Descripción del tipo o nombre del documento
 - Certificado de elegibilidad para estatus de visitante de intercambio (J-1) (DS2019)
 - SEVIS ID
 - Aviso de acción (I-797)
 - Número de registro de extranjero o un número de I-94
 - Otro
 - Número de extranjero (número de registro de extranjero) o un número de I-94
 - Descripción del tipo o nombre del documento
- También puede enumerar estos documentos o status:**
- Documento que indica a un miembro de un tribu india o indio americano nacido en Canadá
 - Oficina de Relocalización de Refugiados (ORR) carta de elegibilidad (si menos 18 años)
 - Documento que indica el aplazamiento de remoción
 - Orden administrativa de detener remoción emitida por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS)
 - Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) Oficina de Relocalización de Refugiados (ORR)
 - Participante cubano o haitiano
 - Tarjeta de residente de Samoa Americana



Gran parte de la información que usted proporciona para los miembros de su hogar en esta solicitud tendrá que ser verificada. Si no podemos completar la verificación a través de medios electrónicos, es posible que deba proporcionar documentos que puedan probar que la información que proporcionó es correcta.

Si está completando esta solicitud para enviarla por correo, puede incluir documentos con esta solicitud, y esto puede ahorrar tiempo si necesitamos usarlos para verificar su información. Si decide presentar su solicitud en una oficina local del Programa Medicaid de Puerto Rico, debe llevar los documentos con usted. Cuando utilice otras formas para enviar su solicitud, siga las instrucciones apropiadas.

A continuación, encontrará varias secciones para diferentes tipos de información y orientación sobre qué tipos de documentos se pueden utilizar para verificar su información. Lea atentamente ya que **NO** necesita tener **TODOS** estos documentos. En muchos casos hay una opción en cuanto a qué documentos se pueden utilizar, y en otros los documentos sólo son relevantes en ciertas circunstancias.

► Ciudadanía e Identidad

1. Si usted es ciudadano estadounidense, puede proporcionar UNO de los siguientes documentos para demostrar la ciudadanía y la identidad. Esto también se puede utilizar para confirmar su fecha de nacimiento.

- Pasaporte de Estados Unidos o tarjeta de pasaporte de Estados Unidos.
- Certificado de Naturalización expedido por el Departamento de Seguridad Nacional (formularios N-550 o N-570 del DHS).
- Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos emitido por el Departamento de Seguridad Nacional (formularios N-560 o N-561).
- Una licencia de conducir o tarjeta de identificación compatible con Real ID emitida por un estado o territorio de Estados Unidos.

2. Si usted es ciudadano estadounidense pero no puede proporcionar uno de los documentos anteriores, puede establecer la ciudadanía estadounidense proporcionando UNO de los documentos a continuación en la columna (A), siempre que también vaya acompañado de UNO de los documentos de la columna (B) que se puede utilizar para probar la identidad. (Cualquiera de estos documentos puede utilizarse para confirmar también la fecha de nacimiento si dicha información está contenida en el documento.)

(A) Ciudadanía de Estados Unidos.

- Certificado de nacimiento de Estados Unidos (ver Notas 1, 2).
- Certificación de Informe de Nacimiento (Formulario DS-1350 o versión anterior FS-545).
- Informe de nacimiento en el extranjero (Formulario FS-240).
- Tarjeta de Identificación de ciudadanía de los Estados Unidos (I-197 o versión anterior I-179).
- Decreto de adopción final (ver Nota 2).
- Tarjeta de identificación de las Islas Marianas del Norte (I-873).
- Evidencia de empleo en el Servicio Civil de los Estados Unidos antes del 1 de junio de 1976.
- Documentación de que un niño cumple con los requisitos de la Ley de Ciudadanía Infantil de 2000.
- Expedientes médicos, escolares, de seguros o religiosos (ver Nota 3).
- Expedientes Militares de los Estados Unidos, que muestran un lugar de nacimiento en los Estados Unidos.

(B) Identidad

- Licencia de conducir con foto de un Estado (o territorio) de Estados Unidos.
- Tarjeta de identificación con foto, emitida por el gobierno federal, estatal o local con la misma información de identificación que una licencia de conducir.
- Tarjeta militar de Estados Unidos o registro de reclutamiento.
- Tarjeta de marinero mercante de la Guardia Costera de Estados Unidos.
- Tarjeta de identificación escolar con foto con información de identificación.
- Tarjeta de identificación del dependiente militar.
- Para niños menores de 19 años, expediente de una clínica, médico, hospital o expediente escolar (incluyendo preescolar o cuidado).
- Certificado de Grado de Sangre Indígena u otro documento tribal de indio americano / nativo de Alaska, con foto.

Notas:

1. Certificado de Nacimiento de los Estados Unidos significa un certificado de nacimiento público de uno de los:
 - los 50 Estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico (en o después del 13 de enero de 1941), Guam (en o después del 20 de abril de 1899), las Islas Vírgenes Estadounidenses (en o después del 17 de enero de 1917), Samoa Americana, Isla de Swain o las Islas Marianas del Norte (después del 4 de noviembre de 1986).
2. Para una persona nacida en Puerto Rico antes del 13 de enero de 1941 – Evidencia de nacimiento en Puerto Rico más una declaración de la persona que él o ella estaba residiendo en Puerto Rico, los Estados Unidos o una posesión en los Estados Unidos el 13 de enero de 1941.
3. Un decreto de adopción final debe mostrar el nombre y el lugar de nacimiento del niño en los Estados Unidos.
4. Registros médicos, registros de vida, salud u otros seguros, registros religiosos oficiales o registros escolares (incluyendo preescolar, Head-Start y cuidado) que muestran el nombre de la persona y el lugar de nacimiento de los Estados Unidos.



► Estatus de Inmigración e Identidad

1. Para una persona que no es ciudadana estadounidense, la cubierta completa bajo el Plan de Salud del Gobierno solo está disponible si la persona puede probar un estatus de inmigrante elegible (ver Anejo E para más detalles sobre los diversos estados y documentos). Para aquellas personas que pueden proporcionar uno de los documentos enumerados a continuación, estos documentos se pueden utilizar para probar tanto el Estatus de Inmigración como la Identidad.

- Tarjeta de Residente Permanente (“Tarjeta Verde”) (Formulario I-551).
- Documento de autorización de empleo (Formulario I-766).

2. Para una persona que no es ciudadana estadounidense y que no tiene uno de los documentos mencionados anteriormente en la sección 1, el estatus migratorio debe demostrarse mediante el suministro de uno de los documentos enumerados en el Anejo E más uno de los documentos para la prueba de identidad que se muestran anteriormente en la sección de Ciudadanía e Identidad de bajo 2(B).

► Domicilio

1. La dirección residencial introducida en el PASO 1 de esta solicitud debe ser verificada. Cualquiera de los tipos de documentos enumerados a continuación se puede utilizar para probar que la dirección es válida, pero el documento proporcionado debe estar fechado dentro de los 6 meses anteriores de cuando usted firma esta solicitud.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Contrato de arrendamiento, o un recibo de alquiler / carta del arrendador con la dirección. • Una factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable TV, agua, etc.). Debe incluir la dirección y ser para una utilidad entregada a la casa (no teléfono celular). • Registros de impuestos sobre la propiedad. • Estado de cuenta hipotecaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir de un Estado de los Estados Unidos (o territorio). • Tarjeta de identificación con dirección, emitido por el gobierno Federal, Estado o Local. • Sobre o postal con matasellos (con fecha legible). (sólo válido si se envía a una dirección física y no a un apartado de correos.) |
|---|--|

► Ingresos

1. Usted debe ser capaz de proporcionar documentos que demuestren cualquier ingreso que usted o los miembros de su hogar recibieron o esperan recibir en el mes actual. NO es necesario proporcionar todos los documentos que se muestran a continuación. Proporcione únicamente aquellos que puedan probar los ingresos, si los hubiera, que usted y los miembros de su hogar reciban. Las listas contienen varios documentos alternos que pueden suministrarse. Para cualquier tipo de ingreso de cualquier miembro de su hogar sólo necesita proporcionar uno de los posibles documentos.

Salarios

- Talonario de cheque.
- Declaraciones de Depósito Directo.
- Carta del patrono en membrete de la empresa, firmada y fechada por un funcionario del patrono.
- Registros de negocios / nóminas.
- Copia oficial de la planilla más reciente, incluyendo todos los anejos.

Por Cuenta Propia

- Copia oficial de la planilla más reciente, incluyendo todos los anejos.
- Registros de ganancias y gastos / registros comerciales.

Beneficios por desempleo

- Carta de decisión de beneficios o certificado.
- Estado mensual de beneficios del Departamento de Trabajo y Recursos Humanos.
- Copia del historial de pagos del individuo del Departamento de Trabajo y Recursos Humanos.
- Copia de la tarjeta de pago directo con impresión.
- Correspondencia oficial del Departamento de Trabajo y Recursos Humanos.

Pensión Alimentaria Recibida

- Carta de la persona que paga la pensión alimentaria.
- Documento de la Corte.
- Copia de la información de la cuenta de pensión alimentaria (ASUME).
- Copia del estado bancario que identifica claramente el depósito de los pagos de la pensión alimentaria.



► Ingresos (Continuación)

Pensión a excónyuge recibida <ul style="list-style-type: none"> • Carta de la persona que paga la pensión a excónyuge. • Documento de la Corte. • Estado bancario que identifica claramente el depósito de pagos. 	Pensión / A anualidades privadas <ul style="list-style-type: none"> • Declaración de pensión / anualidad.
Seguro Social <ul style="list-style-type: none"> • Carta de otorgación de beneficios o certificado. • Estado Anual de Beneficios. • Correspondencia oficial de la Administración del Seguro Social. 	Compensación al trabajador <ul style="list-style-type: none"> • Carta de decisión de beneficios. • Talonario de cheque. • Declaración de Depósito Directo. • Estado bancario que identifica claramente el depósito de pagos.
Pago militar <ul style="list-style-type: none"> • Carta de decisión de beneficios. • Talón de cheque. • Declaración de Depósito Directo. • Estado bancario que identifica claramente el depósito de pagos. 	Ingresos de renta o case de huéspedes <ul style="list-style-type: none"> • Talonario de cheque. • Estado bancario que identifica claramente el depósito de pagos. • Carta del arrendatario / huésped.
Intereses / Dividendos / Regalías <ul style="list-style-type: none"> • Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa u otra institución financiera. • Carta / Declaración del corredor. • Carta / Declaración del agente. • 1099 o planilla (sólo si no hay otra documentación disponible). 	

► Deducciones

1. Usted debe ser capaz de proporcionar documentos que demuestren cualquier deducción de los ingresos que usted o los miembros de su hogar han reportado en esta solicitud. Las deducciones pueden haber sido anotadas en el PASO 2 bajo la pregunta 29, o puede haberlas anotado en el Anejo C bajo la pregunta 5. NO es necesario proporcionar todos los documentos que se muestran a continuación. Proporcione únicamente aquellos que puedan probar las deducciones, si las hubiera, que usted y los miembros de su hogar pagaron. Las listas contienen varios documentos alternos que pueden suministrarse. Para cualquier tipo de deducción descontada a cualquier miembro de su hogar sólo tiene que proporcionar uno de los posibles documentos.

Pensión a excónyuge pagada <ul style="list-style-type: none"> • Carta de la persona que recibe la pensión a excónyuge. • Documento de la Corte. • Estado bancario que identifica claramente los pagos. 	Intereses de préstamos estudiantiles <ul style="list-style-type: none"> • Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa u otra institución financiera que proporcionó el préstamo. • Cheques cancelados.
Pensión alimentaria pagada <ul style="list-style-type: none"> • Carta de la persona que recibe la pensión. • Documento de la Corte. • Copia de la información de la cuenta de pensión alimentaria (ASUME). • Copia del estado bancario que identifica claramente los pagos de la pensión alimentaria. 	Ayuda dada a familia <ul style="list-style-type: none"> • Cheques cancelados. • Carta de la persona que recibe la ayuda.



► Deducciones (Continuación)**Gastos por cuidado de niños o por el cuidado de una persona discapacitada de 21 años o más**

- Declaración escrita de la guardería u otro proveedor de cuidado de niño/adulto.
- Cheques cancelados o recibos que muestran los pagos realizados.

Nota: los documentos deben identificar quién realizó los pagos.

► Otros

1. Es posible que deba proporcionar documentación para respaldar otra información que proporcionó en esta solicitud. A continuación, se presentan varias otras categorías sobre la información de la solicitud que pueden requerir documentación. Reúna estos documentos únicamente si ha incluido el tipo de información correspondiente en la solicitud.

Seguro de Salud (Si se incluyó en el PASO 5)

- Documento que demuestre el seguro médico actual (póliza de seguro, certificado de seguro, tarjeta de identificación del plan).
- Carta de terminación del seguro médico.
- Tarjeta de Medicare.

Recursos (Si se incluye como Activos en el Anejo C bajo las preguntas 4, 5 y 6)

- Estados de cuenta bancarios: cheques, ahorros, jubilación (como IRA, Keogh).
- Acciones, Bonos: certificados o estados de cuenta.
- Copia de la póliza de seguro de vida.
- Copia del fondo fiduciario, escritura de parcela de entierro, acuerdo funerario.
- Escritura para bienes raíces distintos de la residencia principal.
- Cualquier documento similar para otros activos.

Gastos médicos durante los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud (Si la pregunta 13 en el PASO 2 fue respondida Sí para una PERSONA)

- Si alguna de las documentaciones facilitadas hasta la fecha, para el mes en curso, es diferente en cualquiera de los 3 meses anteriores, proporcione la misma documentación que se aplica para los 3 meses anteriores. Por ejemplo, si los ingresos o gastos para usted o los miembros de su hogar eran diferentes, necesitará los documentos de los meses en que fueron diferentes.
- Documentación de los gastos médicos no pagados incurridos durante los 3 meses anteriores. Esto puede ser facturas, cartas u otros documentos escritos del proveedor del servicio médico que desea ayuda a pagar.

