

Medicaid y Cuidado a Largo Plazo
Paso 2: Persona Adicional en el Hogar
Información del Empleo e Ingresos Actuales

Complete el Paso 2 para usted mismo, su cónyuge o pareja, e hijos que viven con usted y/o cualquier persona incluida en su misma declaración de impuestos federales si usted realiza una declaración. Ver la página 1 para mayor información acerca de a quién debe incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde que todavía debe agregar a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo:	2. Relación con usted:
--	------------------------

3. Fecha de nacimiento (mes/día/año):	4. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ <small>Necesitamos esta información si usted quiere cobertura médica y tiene un número de seguro social</small>
---------------------------------------	--	--

6. Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Fecha en que se hizo efectivo:
--	--------------------------------

7. ¿La PERSONA vive en la misma dirección que usted? Sí No
 Si la respuesta es no, proporcione la dirección: _____

8. ¿La PERSONA piensa realizar una declaración de impuestos federales para el PRÓXIMO AÑO?
 (Usted todavía puede solicitar cobertura para el cuidado de la salud incluso si no realiza una declaración de impuestos federales)
 Sí. Si la respuesta es sí, por favor responda las preguntas a-c. NO. Si la respuesta es no, pase a la pregunta c.

a. ¿La PERSONA realizará la declaración de manera conjunta con el cónyuge? Sí No
 Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
 Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de los dependientes: _____

c. ¿La PERSONA será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
 Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del declarante de impuestos: _____
 ¿Cuál es la relación de la PERSONA con el declarante de impuestos? _____

9. ¿Está embarazada? Sí No
 a. Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____ Fecha prevista para el parto: _____

10. ¿La PERSONA necesita cobertura para el cuidado de la salud?
 (Incluso si ya tiene seguro para el cuidado de la salud podría haber uno con mejor cobertura o menor costo)

<input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es sí, por favor responda todas las preguntas a continuación: ↓	<input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es no, PASE a las preguntas referentes a los ingresos en la próxima página. ➔ Deje en blanco el resto de esta página.
--	---

11. ¿La PERSONA tiene alguna condición física, mental, o emocional que le causa limitación en sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un hogar para ancianos? Sí No

12. ¿La PERSONA es ciudadana estadounidense o naturalizada de los Estados Unidos? Sí No

13. ¿Si la PERSONA no es ciudadana estadounidense o naturalizada de los Estados Unidos, tiene un estatus migratorio elegible?
 Sí No Ingrese el tipo y número de identificación del documento a continuación:

a. Tipo de documento: _____	b. Número de identificación del documento _____
c. ¿La PERSONA ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d. ¿La PERSONA, o su esposo o padre es un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

14. ¿La PERSONA quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿La PERSONA vive con al menos un niño menor de 19 años, o es la persona principal a cargo de cuidar al menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿La PERSONA estuvo bajo cuidado sustituto a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	--

Por favor responda las siguientes preguntas si la persona tiene 22 años de edad o menos:

17. ¿La PERSONA tuvo seguro médico a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No
 a. Si la respuesta es sí, fecha en que terminó: _____
 b. Motivo por el cual terminó el seguro médico: _____

18. ¿La PERSONA es estudiante de tiempo completo? Sí No

19. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – seleccione todos los que correspondan):
 Mexicano Mexicano americano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

20. Raza (OPCIONAL – seleccione todos los que correspondan):

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> De Guam o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Chino			<input type="checkbox"/> Otro _____

Medicaid y Cuidado a Largo Plazo
Paso 2: Persona Adicional
Información del Empleo e Ingresos Actuales

Empleado

Si actualmente tiene empleo, infórmenos acerca de sus ingresos. Comience con la pregunta 21

No empleado

Pase a la pregunta 31

Empleo por cuenta propia

Pase a la pregunta 30

EMPLEO ACTUAL 1:

21. Nombre y dirección del empleador:

22. Número telefónico del empleador:
 ()

23. Sueldos/propinas (antes de los impuestos): Por hora Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual

24. Horas promedio que trabaja cada SEMANA: _____

EMPLEO ACTUAL 2:

25. Nombre y dirección del empleador:

26. Número telefónico del empleador:
 ()

27. Sueldos/propinas (antes de los impuestos): Por hora Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual

\$ _____

28. Horas promedio que trabaja cada SEMANA: _____

29. En el último año alguna PERSONA:

Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de las anteriores

30. Si trabaja por su propia cuenta, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál será el ingreso neto (ganancias luego de que los gastos del negocio sean pagados) que recibirá este mes de este empleo por cuenta propia?

\$ _____

31. OTROS INGRESOS ESTE MES: Seleccione todos los que correspondan y proporcione la cantidad y frecuencia con que recibe ese ingreso.

NOTA: No necesita informarnos acerca de la manutención infantil, pagos para veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI).

- Ninguno \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Cuenta de jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Pensión alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Ingreso neto por agricultura/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Ingreso neto por rentas/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otros ingresos Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. DEDUCCIONES: Seleccione todos los que correspondan y proporcione la cantidad y frecuencia con que ocurre. Seleccione todos los que correspondan y proporcione la cantidad y frecuencia con que ocurre. **NOTA:** no debe incluir un costo que ya haya sido incluido en su respuesta acerca del ingreso neto por empleo por cuenta propia (pregunta 30b)

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones Tipo: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

33. INGRESO ANUAL: Complete solo si los ingresos de la PERSONA varían cada mes. Si usted no prevé cambios en su ingreso mensual, pase a la siguiente persona.

Ingreso total de la persona **este año:**

\$ _____

Ingreso total de la persona **el próximo año:** (si piensa que será diferente)

\$ _____