

Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles (Asistencia Económica)

<p>Utilice esta solicitud para ver para qué opciones de cobertura califica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid y/o Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) • Nuevos créditos tributarios que pueden ayudarlo inmediatamente a pagar las primas por cobertura de salud. • Planes de seguros privados asequibles para el cuidado de salud que ofrecen cobertura global para ayudarlo a mantenerse sano.
<p>¿Quién puede utilizar esta solicitud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice esta solicitud para pedir beneficios para cualquiera en su familia.
<p>¿Es necesario presentar una Solicitud Suplementaria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si usted tiene más de 65 años de edad o es discapacitado, necesita presentar una solicitud suplementaria además de esta solicitud. • Si califica como miembro de la población con necesidades médicas, usted podría necesitar presentar una solicitud suplementaria.
<p>Realice su solicitud de forma más rápida por internet:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haga su solicitud a través del Mercado Federal de Seguros Médicos en Cuidadodesalud.gov o llame al Centro de Servicio al Cliente al 1-800-318-2596. • Haga su solicitud por Internet en ACCESSNebraska.org
<p>Lo que podría necesitar para realizar su solicitud:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los números de seguro social (o números de los documentos de cualquier inmigrante legal que necesita seguro médico). • Información acerca del empleo e ingresos de cada uno de los familiares (por ejemplo: talones de cheque, formularios W2 o declaraciones de ingresos e impuestos). • Números de cualquier póliza de seguro actual. • Información acerca de cualquier póliza de seguro relacionada con su empleo que esté disponible para su familia.
<p>¿Por qué le pedimos esta información?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le pedimos información acerca de sus ingresos y otros datos para informarle acerca de la cobertura para la cual usted califica y si es que usted puede obtener ayuda para pagarla. • Nosotros mantendremos la información que usted proporciona de manera privada y segura, de acuerdo a la ley.
<p>¿Qué ocurre después?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envíe una solicitud completa a: • Nebraska Department of Health and Human Services Medicaid Document Center PO Box 2992 Omaha, NE 68103-2992 • Entregue la solicitud completa en la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos. • Envíe la solicitud por fax al: 402-471-9209 • Usted recibirá instrucciones acerca de los pasos siguientes para completar su cobertura de salud. Si no recibe comunicación de nuestra parte, llame al 855-632-7633, o al 402-473-7000 en Lincoln, o al 402-595-1178 en Omaha.
<p>Obtenga ayuda con esta solicitud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por Internet: ACCESSNebraska.ne.gov/ • Por teléfono: llame al Centro de Servicio al Cliente al 855-632-7633, o al 402-473-7000 en Lincoln, o al 402-595-1178 en Omaha. • En persona: vaya a la oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos o visite a un socio comunitario. Para localizar una oficina o un socio comunitario visite nuestro sitio web. • En español: llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-632-7633
<p>Para los programas de Asistencia Económica Ayuda para Menores Dependientes (ADC), Ayuda para Adultos Mayores, Ciegos y Discapacitados (AABD), Cuidado Infantil, Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), Ayuda para Refugiados y/o Programa de Asistencia para la Nutrición Suplementaria (SNAP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haga la solicitud por Internet: ACCESSNebraska.ne.gov/ • Contacte a la oficina local. • Llame y solicite que le envíen una solicitud por correo. Número gratuito: 800-383-4278, Lincoln: 402-323-3900, Omaha: 402-595-1258.

Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles (Asistencia Económica)

PERSONA 1: Cuéntenos acerca de usted

(Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto en su solicitud).

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo: _____

2. Dirección del hogar (deje en blanco si no tiene una): _____

3. Apartamento o número de suite: _____

4. Ciudad: _____

5. Estado: _____

6. Código postal: _____

7. Condado: _____

8. Dirección postal (si es diferente a la dirección del hogar): _____

9. Apartamento o número de suite: _____

10. Ciudad: _____

11. Estado: _____

12. Código postal: _____

13. Condado: _____

14. Número de teléfono:
()

15. Otro número de teléfono:
()

16. ¿Desea recibir información acerca de esta solicitud por correo electrónico? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

17. Idioma escrito o hablado de preferencia (si no es inglés): _____

PASO 2: Cuéntenos acerca de su familia

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Cuéntenos acerca de todos los miembros de su familia que viven con usted. Si usted presenta una declaración de impuestos, necesitamos saber acerca de cada una de las personas en su declaración de impuestos. (Usted no necesita presentar una declaración de impuestos para obtener cobertura para el cuidado de la salud.)

INCLUYA:

- A usted mismo
- A su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja que no está casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que usted incluye en su declaración de impuestos, incluso si ellos no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a quien usted cuida y vive con usted

NO necesita incluir a:

- Su pareja que no está casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted pero que presentan su propia declaración de impuestos (si usted tiene más de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa para el que usted califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que todos obtengan la mejor cobertura posible.

Complete el PASO 2 para cada persona en su familia. Comience con usted mismo, luego agregue otros adultos y niños. Si usted tiene más de dos personas en su familia, necesitará hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. Usted no necesita brindar información de su estatus migratorio o un Número de Seguro Social (SSN) para los miembros de su familia que no necesitan cobertura de salud. Nosotros mantendremos la información que usted proporciona de manera privada y segura de acuerdo a la ley. Nosotros utilizaremos la información personal solamente para verificar si usted es elegible para la cobertura de salud.

Ahora cuéntenos acerca de su trabajo actual e información de ingresos en el reverso. ➡



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite ACCESSNebraska.ne.gov o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**. Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

**Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles
(Asistencia Económica)**

PASO 2 - PERSONA 1: Comience con usted mismo

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: MISMO(A)	
3. Fecha de nacimiento (mes/día/año):	4. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5. Número de Seguro Social (SSN)		
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:	

Necesitamos esto si usted quiere tener cobertura para el cuidado de la salud y tiene un número de seguro social. Brindar su número de seguro social puede ser de ayuda incluso si usted no quiere cobertura para el cuidado de salud ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Nosotros utilizamos los números de seguro social para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos por cobertura para el cuidado de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un número de seguro social, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de teléfonos TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

7. ¿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. ¿Realizará la declaración de manera conjunta con su cónyuge? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____

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

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de los dependientes: _____

c. ¿Será declarado 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 su relación con el declarante de impuestos? _____

8. ¿Está embarazada? Sí No

a. **Si la respuesta es sí**, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____ Fecha prevista para el parto: _____

9. ¿Usted 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)

SÍ. Si la respuesta es sí, por favor responda todas las preguntas a continuación: ↓

NO. Si la respuesta es no, PASE a las preguntas referentes a los ingresos en la página 3. ➡
Deje en blanco el resto de esta página.

10. ¿Usted 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 u hogar para ancianos? Sí No

11. ¿Usted es ciudadano estadounidense o naturalizado de los Estados Unidos? Sí No

12. **¿Si usted no es ciudadano americano o naturalizado 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 migratorio: _____

b. Número de identificación del documento _____

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

d. ¿Usted, o su cónyuge o padre es un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

13. ¿Necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

14. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años, y usted es la persona principal a cargo de cuidar al menor? Sí No

15. ¿Es usted estudiante de tiempo completo? Sí No

16. ¿Estaba en cuidado sustituto en algún estado cuando cumplió 18 años o a una edad mayor? Sí No
¿Qué estado? _____

17. ¿Estaba inscrito en Medicaid cuando dejó de estar en cuidado sustituto a los 18 años o más? Sí No

18. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – seleccione todos los que correspondan):

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

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

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Norteamericano o	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> De Guam o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o	Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
Afroamericano	<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 _____

Ahora cuéntenos acerca de cualquier ingreso de la PERSONA 1 en el reverso. ➡

**Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles
(Asistencia Económica)**

PASO 2 - PERSONA 1: Información del Empleo e Ingresos Actuales

Empleado

Si actualmente tiene empleo, infórmenos acerca de sus ingresos. Comience con la pregunta 19.

Empleo por cuenta propia

Pase a la pregunta 28.

No empleado

Pase a la pregunta 29.

EMPLEO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador _____	21. Número telefónico del empleador: () _____
--	--

22. Sueldos/propinas (antes de los impuestos) Por hora Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
\$ _____

23. Horas promedio que trabaja cada SEMANA: _____

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y necesita más espacio, agregue otra hoja de papel)

24. Nombre y dirección del empleador _____	25. Número telefónico del empleador: () _____
--	--

26. Sueldos/propinas (antes de los impuestos) Por hora Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
\$ _____

27. Horas promedio que trabaja cada SEMANA: _____

28. En el último año, usted:

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

29. Si usted 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? \$ _____

30. 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)

<input type="checkbox"/> Ninguno	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguridad Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Ingreso neto por agricultura/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Ingreso neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

31. DEDUCCIONES: Seleccione todos los que correspondan y proporcione la cantidad y frecuencia con que ocurre.

Si usted paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración federal de impuestos, informarnos acerca de eso podría reducir un poco el costo de la cobertura para el cuidado de la salud.

NOTA: no debe incluir un costo que ya haya sido incluido en su respuesta acerca del ingreso neto por empleo por cuenta propia (pregunta 28b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

32. INGRESO ANUAL: Complete solo si sus ingresos varían cada mes.

Si usted no prevé cambios en su ingreso mensual, pase a la siguiente persona. ➡

Su ingreso total este año: \$ _____	Su ingreso total el próximo año: (si piensa que será diferente) \$ _____
---	--

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber acerca de usted.

? ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite ACCESSNebraska.ne.gov o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**. Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles (Asistencia Económica)

PASO 2 - PERSONA 2

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) Necesitamos esto si usted quiere cobertura médica y tiene un número de seguro social.
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 2 vive en la misma dirección que usted? Sí No

Si la respuesta es no, proporcione la dirección: _____

8. ¿La PERSONA 2 piensa realizar una declaración de impuestos federales para el PRÓXIMO AÑO?

(Usted todavía puede solicitar cobertura para el cuidado de la salud incluso si usted 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 2 realizará la declaración de manera conjunta con su cónyuge? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 2 declarará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de los dependientes: _____

c. ¿La PERSONA 2 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 2 con el declarante de impuestos? _____

9. ¿Está embarazada la PERSONA 2? Sí No

a. Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____ Fecha prevista para el parto: _____

10. ¿La PERSONA 2 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)

Sí. Si la respuesta es sí, por favor responda todas las

preguntas a continuación: ↓

NO. Si la respuesta es no, PASE a las preguntas referentes

a los ingresos en la página 5. ➡
Deje en blanco el resto de esta página.

11. ¿La PERSONA 2 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 u hogar para ancianos? Sí No

12. ¿La PERSONA 2 es ciudadana estadounidense o naturalizada de los Estados Unidos? Sí No

13. ¿Si la PERSONA 2 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 migratorio: _____

b. Número de identificación del documento: _____

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?

Sí No

d. ¿La PERSONA 2, o su cónyuge, o padre es un veterano o miembro activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

14. ¿La PERSONA 2 necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?

Sí No

15. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un niño menor de 19 años, y son ellos la persona principal a cargo de cuidar al menor?

Sí No

16. ¿Estaba en cuidado sustituto en algún estado cuando cumplió 18 años o a una edad mayor? Sí No

¿Qué estado?

17. ¿Estaba inscrito en Medicaid cuando dejó de estar en cuidado sustituto a los 18 años o más? Sí No

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:

18. ¿La PERSONA 2 tenía seguro médico a través del 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: _____

19. ¿La PERSONA 2 es estudiante de tiempo completo? Sí No

20. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – seleccione todos los que correspondan):

Mexicano Mexicano americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

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

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Norteamericano	<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 _____

Ahora cuéntenos acerca de cualquier ingreso de la PERSONA 2 en el reverso. ➡

**Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles
(Asistencia Económica)**

PASO 2 - PERSONA 2: Información del Empleo e Ingresos Actuales

Empleado

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

Empleo por cuenta propia

Pase a la pregunta 30.

No empleado

Pase a la pregunta 31.

EMPLEO ACTUAL 1:

22. Nombre y dirección del empleador: _____	23. Número telefónico del empleador ()
---	---

24. Sueldos/propinas (antes de los impuestos) Por hora Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
\$ _____

25. Horas promedio que trabaja cada SEMANA: _____

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y necesita más espacio, agregue otra hoja de papel)

26. Nombre y dirección del empleador _____	27. Número telefónico del empleador ()
--	---

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

29. Horas promedio que trabaja cada SEMANA: _____

30. En el último año, la PERSONA 2:

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

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

a. Tipo de trabajo _____	b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez se hayan pagado los gastos de negocios) recibirá la persona este mes por haber trabajado por su propia cuenta? \$ _____
-----------------------------	---

32. 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).

<input type="checkbox"/> Ninguno	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguridad Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Ingreso neto por agricultura/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Ingreso neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

33. DEDUCCIONES: Seleccione todos los que correspondan y proporcione la cantidad y frecuencia con que la PERSONA lo recibe. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración federal de impuestos, informarnos acerca de eso podría reducir un poco el costo de la cobertura para el cuidado de la salud.

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)

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

34. INGRESO ANUAL: Complete solo si los ingresos de la PERSONA 2 varían cada mes. Si usted no prevé cambios en su ingreso mensual, pase a la siguiente pregunta.

El ingreso total de la PERSONA 2 este año: \$ _____	El ingreso total de la PERSONA 2 el próximo año: (si piensa que será diferente): \$ _____
---	---

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber acerca de la PERSONA 2.

? ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite ACCESSNebraska.ne.gov o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**. Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles (Asistencia Económica)

PASO 3 – Familiar(es) de origen Indio Norteamericano o Nativo de Alaska

1. ¿Usted o alguien en su familia es Indio Norteamericano o Nativo de Alaska?

NO. Si la respuesta es No, vaya al PASO 4.

SÍ. Si la respuesta es sí, vaya al APÉNDICE B (pero aun así, haga los PASOS del 4 al 6).

PASO 4 – La Cobertura Médica de su Familia

Responda estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura médica.

1. ¿Hay alguien de los siguientes que esté inscrito ahora en cobertura médica?

SÍ. Si la respuesta es sí, seleccione el tipo de cobertura y escriba el nombre de la persona(s) al lado de la cobertura que tienen. NO.

Medicaid _____
 CHIP _____
 Medicare _____
 TRICARE (No seleccione si usted tiene *direct care* o *Line of Duty*) _____

A través de los programas para el cuidado de la salud _____

Peace Corps _____

Seguro a través del empleador _____
Nombre de la compañía de seguros _____
Número de póliza _____

¿Es esta cobertura COBRA? Sí No

¿Es este un plan de salud para jubilados? Sí No

Otro

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____

¿Es este un plan de beneficios limitados? (como una póliza contra accidentes en la escuela)? Sí No

2. ¿Alguna de las personas incluidas en su solicitud puede obtener seguro médico a través de un empleo?

Seleccione Sí incluso si la cobertura es a través del empleo de otra persona, tal como un padre o cónyuge.

SÍ. Si la respuesta es sí, usted necesitará llenar e incluir el APÉNDICE A.

¿Es este un plan estatal de beneficios para el empleado? Sí No

NO. Si la respuesta es no, vaya al PASO 5.

Cláusula de Divulgación PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la colección de información a menos que se muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-1191. Calculamos que el tiempo promedio estimado para completar cada sección es de [Insert Time (hours or minutes)] por respuesta, esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, revisar fuentes de datos disponibles, reunir la información necesaria y llenar y revisar la colección de información. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado que toma llenar este formulario o sugerencias acerca de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

PASO 5 – Lea y firme esta solicitud

- Yo estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que yo he brindado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Yo sé que podría estar sujeto a penalidades bajo la ley federal si es que brindo información fraudulenta y/o falsa.
- Yo sé que debo comunicar a Medicaid de Nebraska si algo cambia (y es diferente) a lo escrito en esta solicitud. Yo puedo visitar **ACCESSNebraska.ne.gov** o llamar al **1-855-632-7633** o al **402-473-700** en Lincoln o al **402-595-1178** en Omaha para reportar cualquier cambio. Yo entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para los miembros de mi familia.
- Yo sé que bajo la ley federal está prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual o discapacidad. Yo puedo presentar una queja por discriminación yendo al sitio web **www.hhs.gov/ocr/office/file**.
- Yo confirmo que ninguna persona que está solicitando seguro médico en esta solicitud está encarcelado (detenido o preso). Si no es así, _____ está encarcelado.
(nombre de persona)

? ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **ACCESSNebraska.ne.gov** o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**. Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles (Asistencia Económica)

- Por lo presente autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska y sus agentes a solicitar a terceros cualquier información o documentos necesarios para la administración de sus programas. Dichos terceros incluirán, entre otros, los siguientes: el Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, agencias de informes de consumidores e instituciones financieras. Cualquier tercero también estará autorizado para proporcionar cualquier información o documentos solicitados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska con respecto a mí mismo o, cuando lo exija la ley, a cualquier otra persona. Además, autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska a divulgar dicha información o documentos a las agencias estatales o federales que cooperan de acuerdo con cualquier ley aplicable.
- Esta autorización se otorga solo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska para ser utilizada en la administración de sus programas y para ningún otro propósito. Continuará en vigencia hasta la fecha más temprana: la entrega de una decisión adversa final sobre mi solicitud de asistencia médica, el cese de mi elegibilidad para recibir asistencia médica o en el momento en que declare por escrito que rescindiré esta autorización. Libero a cualquier tercero de cualquier y toda responsabilidad de mi parte y, cuando corresponda, a cualquier otra persona, por proporcionar la información o los documentos mencionados anteriormente.

Renovación de la cobertura en el futuro

Para hacer más fácil la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en el futuro, yo estoy de acuerdo en permitir a Medicaid de Nebraska que utilice la información con respecto a mis ingresos, incluyendo la información en mis declaraciones de impuestos. Medicaid de Nebraska me enviará una notificación, me permitirá hacer cambios y yo puedo decidir no continuar en cualquier momento.

Sí, renueve mi elegibilidad automáticamente por los próximos:

5 años (el número máximo de años permitidos), o por un periodo de tiempo más corto:

4 años 3 años 2 años 1 año

No utilice la información en mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura

Si alguien en esta solicitud es elegible para recibir Medicaid

- Medicaid de Nebraska tiene el derecho de tratar de obtener cualquier dinero de otra compañía de seguro médico, acuerdo extrajudicial u otras terceras partes. Yo también otorgo nuestros derechos a la agencia de Medicaid para que solicite y obtenga respaldo para gastos médicos de un cónyuge o padre.
- ¿Algún menor en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar? Sí No
- Si la respuesta es sí, sé que me pedirán colaborar con la agencia que recolecta el respaldo para gastos médicos podría perjudicarme a mí o a mis hijos, yo puedo informar a Medicaid y podría no tener que cooperar.

Mi derecho a apelar

Si considero que el Mercado Federal de Seguros Médicos o Medicaid/Programa de Seguro Médico para Menores (CHIP) ha cometido un error, yo puedo apelar su decisión. Apelar significa comunicarle a alguien en el Mercado Federal de Seguros Médicos o Medicaid/Programa de Seguro Médico para Menores (CHIP) que yo pienso que se ha cometido una mala acción, y pedir que se realice una revisión justa de dicha acción. Yo sé que puedo averiguar cómo presentar una apelación contactando a Medicaid de Nebraska, llamando al **1-855-632-7633** o al **402-473-7000** en Lincoln o al **402-595-1178** en Omaha para reportar cualquier cambio. Yo sé que puedo ser representado durante el proceso por otra persona. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

Firme esta solicitud. La persona que completó el **PASO 1** deber firmar estas solicitudes. Si usted es un representante autorizado puede firmar aquí, siempre y cuando usted haya proporcionado la información requerida en el **APÉNDICE C**.

Firma:	Fecha: (mes/día/año)
Por la presente autorizo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska y sus agentes a solicitar a terceros cualquier información o documentos necesarios para la administración de sus programas, incluida la información financiera. También autorizo la divulgación de mi Número de Seguro Social para este propósito.	
Firma del Cónyuge del Solicitante:	Fecha: (mes/día/año)

**Solicitud para Medicaid y Programas de Seguro Médico Asequibles
(Asistencia Económica)****PASO 6 – Envíe por correo la solicitud llena**

Envíe su solicitud firmada a:

**Nebraska Department of Health and Human Services
Medicaid Eligibility Program
PO Box 2992
Lincoln, NE 68103-2992**

Registro de Votantes (Opcional)

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿Le Gustaría solicitar para registrarse para votar hoy? Sí No
SI USTED NO SELECCIONA NINGUNA CAJA, SERÁ CONSIDERADO QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. Cualquier ciudadano en el Estado de Nebraska quien cumpla con los requisitos de registración de votante y solicite asistencia económica deberá de ser proporcionada la oportunidad de registrarse para votar. Si le gustaría ayuda completando el formulario de solicitud de registro para votar, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar la solicitud en privado. El Solicitar registrarse o rechazar registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le será proporcionada por esta agencia. Por favor note que la información y oficina a la cual esta solicitud fue hecha seguirá siendo confidencial y será usada sólo para propósitos de registro para votar. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho para registrarse o rechazado registrarlo para votar, su derecho a la privacidad en decidir si se registra o en solicitar registrarse para votar, o su derecho de escoger si propio partido político u otra preferencia política, usted puede poner una queja con la Secretaria del Estado de Nebraska (Nebraska Secretary of State), 1221 N Street, Suite 103, PO BOX 94608, Lincoln NE 68509-4608, 402-471-2555.

? **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite **ACCESSNebraska.ne.gov** o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**. Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

Cobertura de Salud a Través de un Empleo

Usted **NO** necesita responder estas preguntas a menos que alguien en su hogar sea elegible para cobertura de salud a través de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos acerca del **empleo** que ofrece cobertura.

Lleve la Herramienta de Cobertura a través del Empleador en la próxima página al empleador que ofrece cobertura, para que le ayude a responder estas preguntas. Usted solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no incluya la Herramienta de Cobertura a través del Empleador.

Información del EMPLEADO:

1. Nombre del empleado (Primer 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. Número Telefónico del Empleador:
-----------------------------	-------------------------------------

7. Ciudad:	8. Estado:	9. Código Postal:
------------	------------	-------------------

10. ¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud en este empleo?:

11. Número telefónico (si es diferente al anterior):	12. Dirección de correo electrónico:
--	--------------------------------------

13. ¿Actualmente es usted elegible para recibir cobertura de salud ofrecida por este empleador, o será usted elegible en los próximos 3 meses?

Sí. (Continúe)

13a. Si usted está en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede usted inscribirse para recibir cobertura?
(mes/día/año) _____

Escriba los nombres de todo aquel que sea elegible para cobertura de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No. (Deténgase aquí y vaya al **PASO 5** en la solicitud)

Cuéntenos acerca del **plan de salud** ofrecido por este empleador:

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar*? Sí No

15. Para el plan de salud de menor costo que cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar* ofrecidos **solamente al empleado** (no incluya planes familiares): si el empleador tiene planes de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el descuento máximo por cualquier programa de cese de uso de tabaco, y no recibiera ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por las primas de seguro en este plan? \$ _____

b. ¿Con que frecuencia? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mes/día/año) _____

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima de seguro para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar.* (La prima de seguros debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por las primas de seguro en este plan? \$ _____

b. ¿Con que frecuencia? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mes/día/año): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar "si la fracción compartida del plan del costo total permitido de los beneficios cubiertos por el plan es no menos de 60 por ciento de dicho costo" (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código del Departamento de Recaudación de Impuestos de 1986).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **ACCESSNebraska.ne.gov** o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**.

Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

Herramienta de Cobertura de Salud del Empleador

Utilice esta herramienta para responder a las preguntas en el **APÉNDICE A** acerca de cualquier cobertura de cuidado de salud a través del empleador para la que usted sea elegible (incluso si es del empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en las casillas numeradas abajo coinciden con las casillas en el **APÉNDICE A**. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe coincidir 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 del formulario. Complete una herramienta por cada empleador que ofrezca cobertura de cuidado de salud.

Información del EMPLEADO: El empleado necesita llenar esta sección.

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

Información del EMPLEADOR: Pídale al empleador esta información.

3. Nombre del empleador:	4. Número de Identificación del Empleador (EIN):
--------------------------	--

5. Dirección del empleador (el Mercado enviará notificaciones a esta dirección):	6. Número Telefónico del Empleador: ()
--	---

7. Ciudad:	8. Estado:	9. Código Postal:
------------	------------	-------------------

10. ¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud en este empleo?

11. Número telefónico (si es diferente al anterior): ()	12. Dirección de correo electrónico:
--	--------------------------------------

13. ¿El empleado es actualmente elegible para recibir cobertura de salud ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí. (Continúe)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluyendo como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse para recibir cobertura? _____ (mes/día/año)

No. (Deténgase aquí y vaya al **PASO 5** en la solicitud)

Cuéntenos acerca del **plan de salud** ofrecido por este empleador:

¿El empleador ofrece un plan de salud que cubre al cónyuge o dependiente?

Sí, a qué persona Cónyuge Dependiente
 No

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar*?

Sí. (Vaya a la pregunta 15) **No.** (DETÉNGASE y devuélvale el formulario al empleado)

15. Para el plan de salud de menor costo que cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar* ofrecidos **solamente al empleado** (no incluya planes familiares): si el empleador tiene planes de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el descuento máximo por cualquier programa de cese de uso de tabaco, y no recibiera ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por las primas de seguro en este plan? \$ _____

b. ¿Con que frecuencia? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Si el año del plan está a punto de terminar y usted sabe que los planes de salud cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si usted no lo sabe, **DETÉNGASE** y devuélvale el formulario al empleador.

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima de seguro para el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar.* (La prima de seguros debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por las primas de seguro en este plan? \$ _____

b. ¿Con que frecuencia? Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Trimestral Anual

Fecha del cambio (mes/día/año): _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con los requerimientos mínimos de valor estándar "si la fracción compartida del plan del costo total permitido de los beneficios cubiertos por el plan es no menos de 60 por ciento de dicho costo" (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código del Departamento de Recaudación de Impuestos de 1986).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **ACCESSNebraska.ne.gov** o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**.

Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

Familiar(es) de Origen Indio Norteamericano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este **APÉNDICE B** si usted o un miembro de su familia es Indio Norteamericano o Nativo de Alaska. Envíe esto con su solicitud para Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar los Costos.

Cuéntenos acerca del miembro(s) de su familia que es Indio Norteamericano o Nativo de Alaska:

Los Indios Norteamericanos y Nativos de Alaska pueden obtener servicios del Servicio de Salud Indio, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indios. Ellos además podrían no tener que pagar los costos de participación y pueden obtener períodos especiales de inscripción mensuales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse que su familia recibe la mayor ayuda posible.

NOTA: si usted tiene que incluir más de una persona, haga una copia de esta página y adjúntela.

1. Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Primer Nombre: Segundo Nombre:	Primer Nombre: Segundo Nombre:
	Apellido:	Apellido:
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente?	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del Servicio de Salud Indio, un programa de salud tribal, o programa urbano de salud indio, o a través de una remisión de parte de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indio, un programa de salud tribal, o programa urbano de salud indio, o a través de una referencia de parte de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indio, un programa de salud tribal, o programa urbano de salud indio, o a través de una referencia de parte de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Cierta dinero recibido puede no ser tomado en cuenta para Medicaid o el Programa de Seguros de Salud para Niños (CHIP). Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de alguna de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provenga de recursos naturales, derechos de uso, arrendamiento, o regalías. • Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamiento o regalías de una tierra designada como fideicomiso de tierras indias por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y antiguas reservas) • Dinero de la venta de cosas que tengan significado cultural. 	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

? ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **ACCESSNebraska.ne.gov** o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**. Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.

Ayuda Para Realizar Esta Solicitud

Usted puede elegir a cualquier representante autorizado:

Usted puede darle permiso a una persona de confianza para hablar acerca de esta solicitud con nosotros, ver su información, y tomar acción por usted en asuntos/relacionados con esta solicitud, incluyendo obtener información acerca de su solicitud y firmar su solicitud en representación suya. A esta persona se le llama "representante autorizado". Si usted en algún momento necesita cambiar su representante autorizado, contacte al Mercado Federal de Seguros Médicos y/o al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si usted es el representante legalmente asignado de una persona para esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido):

2. Dirección:

3. Apartamento o número de suite:

4. Ciudad:

5. Estado:

6. Código postal:

7. Número de teléfono:
()

8. Nombre de la organización:

9. Número de identificación (si corresponde):

Al firmar, usted permite a esta persona firmar su solicitud, obtener información oficial acerca de esta solicitud, y tomar acción por usted en todo asunto futuro con esta agencia.

10. Su firma:

11. Fecha (mes, día, año):

Solamente para consejeros de solicitud, navegantes, agentes e intermediarios certificados:

Complete esta sección si usted es un consejero de solicitud, navegante, agente o intermediario certificado llenando esta solicitud a nombre de otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mes, día, año):

2. Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo:

3. Nombre de la organización:

4. Número de identificación (si corresponde):

? **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite **ACCESSNebraska.ne.gov** o llame al **1-855-632-7633**, o al **402-473-7000** en Lincoln, o al **402-595-1178** en Omaha. Para obtener una copia de este formulario en español llame al **1-855-632-7633**. Si necesita ayuda en otro idioma aparte de inglés, llame al teléfono **1-855-632-7633** y dígame al representante de servicio al cliente el lenguaje que necesita. Lo ayudaremos de manera gratuita. Los usuarios de teléfono TTY deben llamar al **402-471-7256**.