



pe
ARTMENT OF HUMAN SERVICES

Solicitud de cobertura de salud

Protección fácil y económica para su familia.

Utilice esta solicitud para ver las opciones de cobertura para las que reúne los requisitos:

- Seguro de salud gratuito o de bajo costo de Asistencia Médica o el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP).
- Un nuevo crédito tributario que puede ayudarle a pagar sus primas de seguro de salud
- Planes de seguro de salud privados de costo razonable que ofrecen cobertura completa para ayudarle a mantenerse saludable

¿Quién puede usar esta solicitud?

Usted puede usar esta solicitud para cualquier persona en su familia, aún cuando ya tengan un seguro. Puede presentar la solicitud incluso si no presenta una declaración del impuesto federal sobre los ingresos.

Observe que: **El seguro de salud debe ser para usted o para un miembro de su familia.**

Presente la solicitud más rápido en línea:

Visite www.compass.state.pa.us. Si desea hacer su solicitud por teléfono, llame a nuestro Centro de Servicio al Consumidor para Cobertura de Salud al 1-866-550-4355.

Lo que necesita para poder presentar la solicitud:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Información acerca del empleador y los ingresos de todas las personas en su familia (por ejemplo: de los recibos de sueldo o nómina, formularios W-2 o declaraciones de impuestos y salarios) | <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo que esté disponible para su familia |
|---|--|

¿Por qué pedimos esta información?

Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que nos proporcione, de conformidad con la ley.

Próximos pasos

Si usted no tiene toda la información que solicitamos, debe firmar y enviar su solicitud de todas formas.

Envíe su solicitud a: health@pa.gov

A

—

Proporcione información sobre su familia.

Brinde información sobre todos los miembros de su familia que viven con usted. Si usted presenta declaraciones de impuestos, necesitamos información sobre todas las personas que están incluidas en su declaración impositiva.

NOTA: no es necesario que usted presente declaraciones de impuestos para obtener cobertura de salud.

Éstas son las personas que debe incluir en su solicitud:











Información sobre impuestos

Complete esta información para su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted o cualquier otra persona que usted incluya en su misma declaración del impuesto federal sobre los ingresos, si es que presenta una declaración.

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud piensan presentar una declaración del impuesto federal sobre los ingresos **EL AÑO QUE VIENE**? G† Bc

Si la respuesta es Sí, liste el declarante de impuestos y su cónyuge, si presentan una declaración conjunta.

NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	PARA DECLARACIONES CONJUNTAS: NOMBRE DEL CÓNYUGE

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud declarará dependientes o personas a cargo en su declaración impositiva? G† Bc

Si la respuesta es Sí, liste el declarante de impuestos y los dependientes.

Un dependiente puede ser declarado solamente por un declarante de impuestos. Para declarantes conjuntos, solamente necesita listar los dependientes para la persona que firmará el formulario impositivo.

NOMBRE DEL DECLARANTE DE IMPUESTOS	DEPENDIENTE(S)

¿Alguna de las personas listadas en la solicitud será declarada dependiente en la declaración impositiva de otra persona?



--	--	--	--	--



Asistencia Médica

• Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de J Yf]UVWVXc XY 9 Y[JV] XUX XY =b[fYgcg fH9J Glz]bgh]h V]cbYg' ÚbUbVYfUgZ]bZcfa Yg'XY VZbgi a]XcfYg'mU[YbV]Ug YghU]Yg' mZXYfU'Yg'dUfU'j Yf]UVWf"U]bZcfa UV]cB"ei Y'dfcdcfV]cBc"@U' información disponible a través del IEVS y otras entidades gyfz'gc]V]HUXUzi h]nUXU'mdi YXY'gyf'j Yf]UVWUXU'U'fUj fg'XY' contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad mY' b]j Y' XY VYbYU]V]cg'XY'a] ZJa]]U"

j' 9bh]YbXc'ei YZU' Úfa UfYgH]gc']V]h XZU' hcf]nc' U'WU'ei]Yf']bgh]h V]cB' ÚbUbVYfU'U'X]j i [UfZU'fUj fg'XY'a YX]cg' Y'YV]f]cB]V]c'c' WU'ei]Yf'chfc'a YX]cZ'U]bZcfa UV]cB' ÚbUbVYfU' dUfV]U'c' hchU' 'ei Y'dcgY'X]WU]bgh]h V]cB'zU' 8YdUfHJa Ybhc' de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista VZb'U'ÚbU]XUX'XY']XYbH]UV]f'mj Yf]UVWf"cg'fYW'fgcg'fHJa V]fb' (llamados "activos") cuando sea necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para Asistencia Médica. Entiendo ei Y"U]bZcfa UV]cB' ÚbUbVYfU]bW' nY' XYdCg]hcgz'fYh]fcgz'VYffYg' de cuentas y otra información relevante solicitada o recibida XY"U]bgh]h V]cB' ÚbUbVYfUz]bW']XUg'chfUg'fUbgU]V]cbYg' fYU]nUXUg'dcf"U]bgh]h V]cB' ÚbUbVYfU'VZb' fYgdYV]c' U"U' cuenta o activo. Entiendo que esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada c'HYfa]bYz'c'g] XYV]Xc' fY] cV]f'U'dcf'bch]UV]V]cB' YgV]H]U' 8YdUfHJa YbhcZ'c'ei Y'gi W]XU'df]a Yfc"9bh]YbXc'ei YZg] revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.

• Entiendo que, si tergiverso, oculto o retengo hechos que di YXYb UZV]Uf'a] Y'Y[JV] XUX' dUfU'VYbYU]V]cgz'g'Y'a Y'di YXY' YI]]]f'ei Y'dU[i Y'a]g'VYbYU]V]cg'mdi YXc' gyf'dfc'W]gU]Xc' m XYgW]UV]Xc' XY'fYV]f'U' [i bcg'VYbYU]V]cg'Yb' Z' h' fc"

• Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.

• Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.

j' F YV]V]fi bU'VZd]U'XY'a]g'XYfYV]cg'mfYgdcbgU]]XUXYgZ'cg"Yz'c' U' [i]Yb'a Y"cg"U'Y'XcZ'm'cg'VZa' dfYbXc"

• Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será VZb'ÚXYbV]U' mi h]nUXU'• b]V]Ua YbH' dUfU'UXa]b]ghUf"cg' VYbYU]V]cg"Si hcf]nc"U'X]j i [UV]cB' XY"U]bZcfa UV]cB' dYfgcbU'z económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.

• Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a]bZcfa UfZXYV]f'UV]f'c'XYbhc'XY"cg"\$df]a Yfcg'X]Ug'XY'a Yg' posterior al mes en que se produzca el cambio.

• Entiendo que tengo la obligación de informar sobre mis [UbUbV]Ug'Yb"U"chf]U'mYb'Udi YghUg"

j' 9bh]YbXc'ei Y'fYV]f'f' i bU'bch]UV]V]cB' dcf'YgV]hc' XcbXY'gY' YI d]V]U'cg'VYbYU]V]cg"G]gY'XYb]Y[UbZ'V]a V]UbZgi gdYbXYb'c' YI d]V]U'cg'VYbYU]V]cg"G]gY'XYb]Y[UbZ'V]a V]UbZgi gdYbXYb'c' los motivos.

YI d]V]U'cg'VYbYU]V]cg"G]gY' XQ A]

que usted solicite, y/o para los que sea elegible, tales como Asistencia Médica, y la asistencia para primas del Mercado de Seguros de Salud de Pennsylvania (Pennie).

• Si usted es una persona para que reciba la información de salud concerniente a usted o a sus hijos menores.

• Si usted es una persona que desea recibir información de salud concerniente a usted o a sus hijos menores.

• Si usted es una persona que desea recibir información de salud concerniente a usted o a sus hijos menores.

- Apelación - Podrá solicitar una revisión imparcial si no está de acuerdo con alguna de las decisiones concernientes a esta solicitud, siempre y cuando el pedido se haga dentro de un periodo de 90 días después de la fecha de la decisión.

Usted tiene la responsabilidad de:

• Mantener actualizada la información de contacto de su familia.



Miembro de una familia indígena norteamericana o nativo de Alaska

7ca d'YH'Ygh'UbYl c'g]i gh'X'c'U' [• b'a]Ya Vfc XY'U'ZLa]]'U'gcb]bX#] YbUg'bcfHYUa Yf]WUbcg'fB=ždcf'gi g]b]VU'Yg'Yb]b['fgk'c' bUh]j cg'XY' 5'Ug_U'fBždcf'gi g]b]VU'Yg'Yb]b['fgk'"DfYgYbh'Ygh'Zcfa i 'Uf]c' 'f brc'Veb'gi 'Gc']V]hi X'XY VèVYfhi fU'XY'gU'i X"

Proporcione información sobre el o los miembros de su familia que son indígenas norteamericanos o nativos de Alaska.

@cg]bX#] YbUg'bcfHYUa Yf]WUbcg'mbUh]j cg'XY'5'Ug_U'di YXYb'cVHYbYf'gYfj]M]cg'XY'GYfj]M]c'XY'GU'i X'•bX#] YbUzXY'cg'dfc[fUa Ug'XY'gU'i X'f]VU'c' d'fc[fUa Ug'XY'gU'i X']bX#] YbU'i fVUbcg'"HLa V]fb'Yg'dcg]V'Y'ei Y'bc'HYb[Ub'ei Y'dU[Uf'Vèg'hc'g'Vè'a dU'f]Xcg'mei Y'HYb[Ub'dYf'c'Xcg'XY']bg]V]dV]CB' mensual especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor cantidad de ayuda posible.

NOTA: si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

AI/AN PERSONA 1	Escriba toda la información en letra de imprenta
Bca VFY Vè'a d'Yfc' f'bc'a VFYZgY[i bXc' bca VFYZUdY']XcL'	¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, nombre de la tribu: _____ Estado: _____
¿g]hU'dYfgc'bU'fYV]CEU[i bU] YnU[• b'gYfj]M]c' XY'GYfj]M]c' XY'GU'i X'•bX#] YbUzXY' U[• b'dfc[fUa U'XY'gU'i X'f]VU'c' d'fc[fUa U'XY'gU'i X']bX#] YbU'i fVUbcz'c' d'cfei Y'c' fYU'f]CE alguno de dichos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	G] 'U'fYgdi Ygh'Yg'bcz'WghU'dYfgc'bU'Yg'Y'Y[]V'Y'dU'fU'fYV]f'gYfj]M]cg'XY'GYfj]M]c' XY' GU'i X'•bX#] YbUzXY'U[• b'dfc[fUa U'XY'gU'i X'f]VU'c' d'fc[fUa U'XY'gU'i X']bX#] YbU'i fVUbcz' c' d'cfei Y'c' fYU'f]CEU[i bc'XY'X]W'cg'dfc[fUa Ug3 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es posible que ciertos ingresos o dinero recibido no se tengan en cuenta para Asistencia Médica. Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero proveniente de estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, U'fYbXUa]Yb'c'g'c' fY[U'Ug" i' " DU[cg'dfcj Yb]YbHYg'XY'fYV'fgc'g'bU'i fU'YgzU[f]W' 'h' fUZ[Ub'UXY'f'Uz'dYg'WZ U'fYbXUa]Yb'c'g'c' fY[U'Ug'XY'f'YffUg'XY'g] b'UXUg'Vè'a c' U'XY'Vè'a]gc'g'XY'f'YffUg']bX#] YbUg' dcf'Y' '8YdU'fHLa Yb'rc'XY' •b'HY'f'cf'f]b'W]XUg'Ug'fYg'Yfj Ug'mYl fYg'Yfj Ug']bX#] YbUg'è" i' " 8]b'Yfc' d'fcj Yb]YbHY'XY'Uj YbHU'XY'Vè'gUg'ei Y'h]YbYb'f'Ug'z'bc'W' 'h' fU"	



Cobertura de salud de empleo(s)

Proporcione información sobre el trabajo que ofrece la cobertura.



Sus derechos y responsabilidades

Asistencia Médica

• Entiendo que Pennsylvania recibe información del Sistema de J Yf]UWVYCB XY 9 Y [J V] XUX XY =b [fYcg fH9 Glz]bgh]i V]cbYg' ÚbUbVYfUgZ]bZfa YgXY VZbgi a]XcfYg mU [YbVUg YgHhU Yg' mZYXYfU Yg dUfU j Yf]UWVf U]bZfa UYCB 'ei Y dfcdcfV]cbc "'@U' información disponible a través del IEVS y otras entidades gYfz gc]VhXUzi h] nUXU mdi YXY gYf j Yf]UWVXU U fUj f g XY' contacto colateral cuando la agencia estatal encuentre datos contradictorios, y tal información puede afectar la elegibilidad mY' b]j Y' XY VYbYUW]cg XY a] ZJa]]U'

j' 9bh]YbXc'ei YzU' Úfa UfYghU'gc]V]h XZUi hcf]nc U'WU'ei]Yf']bgh]i V]CB ÚbUbVYfU X]j i [UfZU'fUj f g XY a YX]cg' Y YVfCB]VZg'c W U ei]Yf chfc a YX]cZ' U]bZfa UYCB ÚbUbVYfU dUfU'U' c' hcfU' ei Y d'cgY X]VU]bgh]i V]CB ZU' 8 YdUfHJa Ybhc' de Servicios Humanos o a su agente designado o contratista VZb' U'ÚbU]XUX XY]Xyb]UWf mj Yf]UWVf' cg U W]j cg W UbXc' gYU necesario para determinar y redeterminar la elegibilidad para 5g]ghYbV]U A fX]VU' 9bh]YbXc'ei Y' U]bZfa UYCB ÚbUbVYfU incluye depósitos, retiros, cierres de cuentas y otra información fY'Yj UbhY' gc]VhXU'c' fYV]XU XY' U]bgh]i V]CB ÚbUbVYfU Z' incluidas otras transacciones realizadas por la institución ÚbUbVYfU VZb' fYgdYV]c' U' U'W YbHU'c' U W]j c' "9bh]YbXc'ei Y' esta autorización estará vigente hasta que la elegibilidad de Asistencia Médica sea denegada o termine, o si decido fYj c'VUf U dcf bch]UWVYCB YgV]H U' 8 YdUfHJa Ybhc' Z' c' ei Y' suceda primero. Entiendo que, si revoco esta autorización, esto puede hacer que mi familia o yo dejemos de ser elegibles para Asistencia Médica.

• Entiendo que, si tergiverso, oculto o retengo hechos que di YXYb UZVUf' a] Y Y [J V] XUX dUfU VYbYUW]cgZ' g' a Y' di YXY' YI] []f' ei Y' dU [i Y' a]g VYbYUW]cg mdi YXc' gYf dfc V]gU Xc' m XYgV]UW]Xc' XY fV]V]f U [i bcg VYbYUW]cg Yb Y' Z' h' fc"

• Entiendo que puedo designar a un representante autorizado completando la sección Representante autorizado y enviándola con esta solicitud.

• Entiendo y acepto que soy responsable de cualquier declaración fraudulenta hecha en esta solicitud, aun cuando la solicitud sea presentada por alguien que actúe en mi nombre.

j' F YV]V]i bU VZd]U XY a]g XYfV]cg m fYgdcbgU]]XUX YgZ' cg' Y#z' U [i]Yb' a Y' cg' U' Y#z' c' m' cg VZa' dfYbXc'

• Entiendo que la información ingresada en esta solicitud será VZb'ÚXYbV]U' mi h] nUXU' b]V]Ua YbHY' dUfU U Xa]b]g]fUf' cg' VYbYUW]cg' 5i hcf]nc' U' X]j i [UYCB XY' U]bZfa UYCB dYfgcbU Z' económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad.

• Entiendo que, para cualquier cambio que esté obligado a]bZfa UfZXYVYf' \UWVf' c' XYbhc' XY' cg' %\$ df]a Yfcg X]Ug' XY' a Yg' posterior al mes en que se produzca el cambio.

• Entiendo que tengo la obligación de informar sobre mis [ÚbUbVYUg Yb' U' chYf]U' mYb' Udi Yg]Ug'

j' 9bh]YbXc'ei Y fYV]V]f' i bU' bch]UWVYCB' dcf YgV]Hc' XcbXY' gY' YI d']V]U' cg VYbYUW]cg' G] gY XYb]Y [UbZ'V]Ua V]UbZ'gi gdYbXYb' c']bHYf]i a dYb' cg VYbYUW]cgZ' U' bch]UWVYCB' dcf YgV]Hc' YI d']V]Ufz' los motivos.

j' 9bh]YbXc'ei Y hYbXf' " \$ X]Ug' XYgXY' U ZYV]U XY' U' bch]UWVYCB' para solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con la decisión tomada con respecto a esta solicitud.

j' 9bh]YbXc'ei Y a]g]h UYCB YgZ' gi YH U' j Yf]UWVYCB' dcf dUfH' XY Ya d' YUXcfYgZ' YbhYg ÚbUbVYfUg' m hYfV]f'cg"

• Entiendo que los solicitantes deben proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno si no lo tienen. Este número di YXY gYf' i h] nUXc' dUfU j Yf]UWVf U]bZfa UYCB]b [fYgUXU Yb' esta solicitud.

• Entiendo que debo utilizar la tarjeta de Transferencia 9 YVfCB]V] XY 6 YbYUW]cg f' V]V]fcb]V]b YbYU' h' fUbgZ' fZc' 96H' c' U' Hf' YH U' D5 5779GGZ' • cbY

