



# Fax

Date: \_\_\_\_\_

Number of pages: \_\_\_\_\_  
(including cover sheet)

**To**

Name: \_\_\_\_\_

Company: \_\_\_\_\_

Department: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

**From**

Name: \_\_\_\_\_

S.C. Department of Public Health

Program: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

**Subject/Comments****Confidentiality Notice**

This transmission is intended only for the use of the individual or entity to which it is addressed and may contain information which is privileged and confidential. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that any disclosure, distribution, or copying of this information is strictly prohibited. If you received this transmission in error, please notify the sender immediately by calling the above telephone number.

# PASO 1 Háblenos de su familia.

Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

## ¿A quién debe incluir en esta solicitud?

**INCLUYA:** Usted mismo; Su cónyuge; Sus hijos menores de 21 años que vivan con usted; Su pareja no casada que necesite cobertura de salud; Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted; Cualquier otra persona menor de 21 años que usted cuide y viva con usted.

**NO tiene que incluir:** Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud; Los hijos de su pareja no casada; Sus padres que viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si tiene más de 21 años); Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos.

Algunos programas de Medicaid que cubren servicios específicos requieren información adicional para determinar la elegibilidad. Al completar esta sección, podremos pedirle la información más relevante para sus necesidades. Si alguna de las personas que solicitan cobertura cumple los siguientes criterios, marque todas las casillas que correspondan. **Aunque usted o los miembros de su unidad familiar no reúnan ninguno de estos requisitos, usted aún puede calificar para Medicaid. Si no le corresponde ninguna, no marque nada; le evaluaremos para todos los tipos de cobertura disponibles.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesidad vivir en un centro médico o una residencia de ancianos o necesidad de servicios de enfermería en casa   | <input type="checkbox"/> Tiene una discapacidad física o intelectual                                  |
| <input type="checkbox"/> Recibe tratamiento por uno de los siguientes motivos:<br>-Cáncer de mama -Cáncer cervical -Hiperplasia Atípica de Mama<br>-Lesión Cervical Precancerosa (CIN 2/3) | <input type="checkbox"/> Tener 65 años o más <input type="checkbox"/> Solicitar para la exención PCSC |
| <input type="checkbox"/> Se acaba el SSI y necesita volver a solicitar Medicaid (ejemplo: una carta citando la Enmienda Pickle).   | <input type="checkbox"/> Recibir Medicare <input type="checkbox"/> Solicitar a TEFRA                  |
| <input type="checkbox"/> Ser admitido en los EE. UU. como refugiado o se le concedió asilo después de su llegada a los EE. UU.   | <input type="checkbox"/> Tener una discapacidad y seguir trabajando                                   |
|  | <input type="checkbox"/> Presunta Discapacidad <b>Esta caja es sólo para piloto</b>                   |

## Persona de contacto principal

Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo (Por favor, indique el nombre legal completo)

2. Dirección de casa (Deje en blanco si no tiene una.)

3. Número de Apartamento o Suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección postal (si es distinta de la del domicilio)

9. Número de Apartamento o Suite

10. Ciudad

11. Estado

12. Código postal

13. Condado

14. Número de teléfono

15. Otro número de teléfono

16. ¿Desea recibir información sobre esta aplicación por correo electrónico?  Sí  No  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

17. ¿Cuál es su lengua hablada o escrita de preferencia (si no es el inglés)? \_\_\_\_\_

## ¿Alguien le está ayudando a completar esta solicitud?

Complete la siguiente sección si está llenando este formulario en nombre del solicitante.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/yyyy)

2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo

3. Nombre de la Organización (si procede)

4. Número de Identificación (si procede)

**Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur**

**EIN 57-6000286**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

# PASO 1: PERSONA 1

## Complete el Paso 1 para cada persona de su familia. Inicie con información sobre usted mismo.

Complete el Paso 1 para usted, su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted y/o cualquier persona que figure en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Consulte las instrucciones para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a los miembros de su familia que vivan con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo (Indique el nombre legal completo) 2. ¿Qué relación tiene con usted?

**YO MISMO**

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 4. Sexo:  Masculino  Femenino 5. Número de la Seguro Social (SSN) a. Si no tiene un SSN, ¿Ha solicitado uno?  Sí  No  
*Si no, indique la razón en la pregunta 15.*

**Lo necesitamos si quiere cobertura de salud y tiene un Número de Seguro Social (SSN).** Facilitar su SSN puede ser útil si no desea cobertura de salud, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para comprobar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

### 6. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federales el próximo año?

(Puede solicitar un seguro médico, aunque no presente la declaración del impuesto federal.)

Sí. En caso afirmativo, por favor responda las preguntas a-c.  NO. En caso negativo, PASE a la pregunta c.

a. ¿Va a presentar una declaración conjunta con su cónyuge?  Sí  No

En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Va a declarar a alguna persona dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, indique sus dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Usted será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el declarante: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con el declarante? \_\_\_\_\_

7. ¿Está embarazada o estuvo recientemente?  Sí  No

En caso afirmativo, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es su fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_

c. Si ha estado embarazada recientemente, indique la fecha en que finalizó el embarazo: \_\_\_\_\_

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Sí  No

### 8. ¿Necesita cobertura de salud (Medicaid)?

(Incluso si tiene seguro, es posible que haya un programa con mejor cobertura o costos más bajos. Si ya tiene Medicaid, marque Sí).

Sí. En caso afirmativo, responda a todas las preguntas siguientes.  NO. En caso negativo, pase a las preguntas sobre ingresos.  
Deje el resto de la página en blanco.

9. ¿Padece alguna enfermedad física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades?  Sí  No

10. ¿Necesita vivir en una institución médica o residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería en su hogar?  Sí  No

11. ¿Le han diagnosticado y está recibiendo tratamiento para alguna de las siguientes?  Sí  No

· Cáncer de Mama · Cáncer Cervical · Hiperplasia Atípica de Mama · Lesiones Cervical Precancerosa (CIN 2/3)

12. ¿Desea solicitar los beneficios de Planificación Familiar?  Sí  No

*La Planificación Familiar es un programa de beneficios limitados, que proporciona servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y determinadas evaluaciones preventivas limitadas. La Planificación Familiar no está totalmente cubierta por Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no le evaluaremos para Planificación Familiar.*

13. a. ¿Es usted ciudadano estadounidense? (Nacido en EE.UU.; hijo de ciudadano de EE.UU.; o antiguo extranjero naturalizado ahora ciudadano de EE.UU.)  Sí  No

b. ¿Tiene la nacionalidad estadounidense? (Nacido en un territorio no incorporado de EE.UU. que elige ser nacional, no ciudadano de EE.UU.)  Sí  No

14. **Si usted no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene un estatus migratorio elegible?**  Sí  No

En caso afirmativo, indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación.

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_ b. Número de ID de documento: \_\_\_\_\_

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

d. Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

e. ¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres veterano o miembro activo del ejército estadounidense?  Sí  No

15. Si no ha solicitado un número de Seguro Social, indique el motivo:

Emitido únicamente por motivos no laborales  Sin SSN por motivos religiosos  No elegible para el SSN

Recién nacido, madre recibe Medicaid actualmente  Recién nacido, madre NO recibe Medicaid

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

a. En caso afirmativo, ¿era el tamaño de su hogar el mismo durante estos 3 meses que ahora?  Sí  No

b. ¿Los ingresos de su hogar eran los mismos durante estos 3 meses que ahora?  Sí  No

En caso negativo, introduzca el ingreso mensual total para:

Último mes: \$ \_\_\_\_\_ Hace 2 meses: \$ \_\_\_\_\_ Hace 3 meses: \$ \_\_\_\_\_

17. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona principal que se ocupa de él?  Sí  No

18. ¿Es usted estudiante a tiempo completo?  Sí  No

19. a. ¿Estuvo en un hogar de acogida y se inscribió en Medicaid cuando cumplió 18 años?  Sí  No

b. En caso afirmativo, ¿en qué estado residía cuando dejó de estar en acogida? \_\_\_\_\_

20. ¿Vive actualmente en un hogar de acogida?  Sí  No

21. ¿Vive actualmente en un hogar de grupo del DJJ?  Sí  No



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

# PASO 1: PERSONA

(Continúe con usted mismo)

**Etnia y Raza:** Estos datos nos ayudan a identificar grupos de personas que tienen problemas de salud para que podamos encontrar formas de mejorar su acceso a una atención de calidad.

**22. Si es hispano/latino, etnia**

- Mexicano  Mexicano–Americano
- Puertorriqueño  Cubano  Chicano/a
- Otros: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

**23. Raza (marque todas las que correspondan)**

- Blanco  Hawaiano Nativo  Filipino  Coreano  Negro Afroamericano  Chino
- Japonés  Vietnamita  Indio Asiático  Otro Asiático  Samoano  Otros Isleños del Pacífico
- Indio Americano o Nativo de Alaska  Guamanés o Chamorro  Otros: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

## Trabajo actual e información sobre ingresos

**Empleado**

Si está empleado actualmente, díganos cuáles son sus ingresos. Inicie con la pregunta 24.

**No Empleado**

PASE a la pregunta 36.

**Por cuenta propia**

PASE a la pregunta 35.

### TRABAJO ACTUAL 1:

24. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

25. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

26. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por Hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual  
\$ \_\_\_\_\_ 27. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 28. Fecha de Inicio \_\_\_\_\_

### TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

29. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

30. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

31. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por Hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual  
\$ \_\_\_\_\_ 32. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 33. Fecha de Inicio \_\_\_\_\_

34. **En el último año, usted:**  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

**35. Si trabaja por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos del negocio obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?)

\$ \_\_\_\_\_

**36. OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todos los que procedan e indique la cantidad y la frecuencia con que los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a veteranos o Seguridad Social Complementaria (SSI).

- Ninguno
- Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Agricultura/ Pesca: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Alquiler neto/regalías: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otros ingresos:
- Cuentas de jubilación \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Pensión Alimenticia \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**37. DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que los recibe.

Si la PERSONA 1 paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre la renta, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

**NOTA:** No debe incluir un costo que ya ha considerado en su respuesta al neto de trabajo por cuenta propia.

- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otras deducciones: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Intereses de préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

**38. INGRESOS ANUALES:** Complete sólo si los ingresos de la PERSONA 1 cambian de un mes a otro.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 1, añada otra persona en las páginas siguientes.

Ingresos totales de la PERSONA 1 este año

Ingresos totales de la PERSONA 1 el año que viene (si cree que serán diferentes)

\$ \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

**Complete una nueva copia de este formulario por cada persona adicional que solicite Medicaid.**

**PASO 1: PERSONA ADICIONAL #**  

Complete una nueva copia de este formulario por cada persona adicional que viva con usted y/o cualquier persona que figure en su misma declaración del impuesto federal sobre la renta, si presenta una. Consulte las instrucciones al principio del Paso 1 para más información sobre a quién incluir. Si no presenta declaración de impuestos, recuerde que debe añadir igualmente a los miembros de su familia que vivan con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo (Indique el nombre legal completo) \_\_\_\_\_ 2. ¿Qué relación tiene con usted? \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ 4. Sexo:  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ 5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_

Si no tiene un SSN, ¿Ha solicitado uno?  Sí  No  
En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 16.

6. ¿Vive esta persona en la misma dirección que usted?  Sí  No **Lo necesitamos si esta persona quiere cobertura de salud y tiene un SSN.**

En caso negativo, indique la dirección: \_\_\_\_\_

**7. ¿Tiene previsto esta persona presentar una declaración de impuestos federales el AÑO PRÓXIMO?**

(Puede solicitar un seguro de salud, aunque no presente la declaración del impuesto federal.)

Sí. En caso afirmativo, por favor responda las preguntas a-c.  NO. En caso negativo, PASE a la pregunta c.

a. ¿Va a presentar la solicitud juntamente con su cónyuge?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Esta persona declarará a algún dependiente en la declaración de impuestos de usted?  Sí  No

En caso afirmativo, indique sus dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el declarante: \_\_\_\_\_ ¿Qué relación tiene la persona con el declarante? \_\_\_\_\_

8. ¿Está esta persona embarazada o estuvo recientemente?  Sí  No

En caso afirmativo, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

b. ¿Fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_

c. Si ha estado embarazada recientemente, indique la fecha en que finalizó el embarazo: \_\_\_\_\_

d. ¿Estaba esta persona inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Sí  No

9. **¿Necesita esta persona cobertura de salud (Medicaid)?** (Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos)

Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas siguientes.  NO. En caso negativo, pase a las preguntas sobre ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

10. ¿Padece esta persona alguna enfermedad física, mental o emocional que le incapacite y le limite en sus actividades?  Sí  No

11. ¿Necesita esta persona vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería en casa?  Sí  No

12. ¿Se le ha diagnosticado a esta persona alguna de las siguientes enfermedades y está recibiendo tratamiento?  Sí  No

· Cáncer de Mama · Cáncer Cervical · Hiperplasia Atípica de Mama · Lesiones Cervicales Precancerosas (CIN 2/3)

13. ¿Esta persona desea solicitar beneficios de Planificación Familiar?  Sí  No

*La Planificación Familiar es un programa de beneficios limitados, que proporciona servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y determinadas evaluaciones preventivas limitadas. La Planificación Familiar no está totalmente cubierta por Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no le evaluaremos para Planificación Familiar.*

14. a. ¿Es esta persona ciudadana de EE.UU.? (Nacido en EE.UU.; hijo de ciudadano de EE.UU.; o antiguo extranjero naturalizado ahora ciudadano de EE.UU.)  Sí  No

b. ¿Es esta persona nacional de EE.UU.? (Nacido en un territorio no incorporado de EE.UU. que elige ser nacional, no ciudadano de EE.UU.)  Sí  No

15. **Si esta persona no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿cumple los requisitos de inmigración?**  Sí  No

En caso afirmativo, indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación de esta persona.

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_ b. Número de ID de documento: \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido esta persona en EE.UU. desde 1996?  Sí  No d. Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

e. ¿Es esta persona, su cónyuge o sus padres veteranos o miembros de las fuerzas armadas de EE.UU. en servicio activo?  Sí  No

16. Si esta persona no ha solicitado un número de Seguro Social, indique las razones

Emitido únicamente por motivos no laborales  Sin SSN por motivos religiosos  No elegible para SSN

Recién nacido, madre actualmente recibiendo Medicaid  Recién nacido, madre NO recibiendo Medicaid

17. ¿Desea esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

a. En caso afirmativo, ¿era el tamaño del hogar de esta persona el mismo durante estos 3 meses que ahora?  Sí  No

b. ¿Los ingresos familiares de esta persona eran los mismos durante estos 3 meses que ahora?  Sí  No

Si la respuesta es NO,

indique el total de ingresos mensuales para: Último Mes: \$ \_\_\_\_\_ Hace 2 Meses: \$ \_\_\_\_\_ Hace 3 Meses: \$ \_\_\_\_\_

18. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este niño?  Sí  No

19. ¿Es esta persona estudiante a tiempo completo?  Sí  No

20. a. ¿Estaba esta persona en acogida e inscrita en Medicaid cuando cumplió 18 años?  Sí  No

b. En caso afirmativo, ¿en qué estado residían cuando dejó de estar en acogida? \_\_\_\_\_

21. ¿Esta persona vive actualmente en un hogar de acogida?  Sí  No

22. ¿Vive actualmente esta persona en un hogar de grupo del DJJ?  Sí  No



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

# PASO 1: PERSONA ADICIONAL #

**Etnia y Raza:** Estos datos nos ayudan a identificar grupos de personas que tienen problemas de salud para que podamos encontrar formas de mejorar su acceso a una atención de calidad.

**23. Si es hispano/latino, etnia**

- Mexicano  Mexicano–Americano  
 Puertorriqueño  Cubano  Chicano/a  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder

**24. Raza (marque todas las que correspondan)**

- Blanco  Hawaiano Nativo  Filipino  Coreano  Negro Afroamericano  Chino  
 Japonés  Vietnamita  Indio Asiático  Otro Asiático  Samoano  Otros Isleños del Pacífico  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  Guamanés o Chamorro  Otros: \_\_\_\_\_  
 Prefiero no responder

## Trabajo actual e información sobre ingresos

**Empleado**

Si trabaja actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Inicie con la pregunta 25.

**No Empleado**

PASE a la pregunta 37.

**Por cuenta propia**

PASE a la pregunta 36.

### TRABAJO ACTUAL 1:

25. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

26. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por Hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

\$ \_\_\_\_\_ 28. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 29. Fecha de Inicio \_\_\_\_\_

### TRABAJO ACTUAL 2: (Si esta persona tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

30. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

31. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

32. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por Hora  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

\$ \_\_\_\_\_ 33. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 34. Fecha de Inicio \_\_\_\_\_

35. **En el último año esta persona:**  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

**36. Si trabaja por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos del negocio obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia este mes?)

\$ \_\_\_\_\_

37. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todos los que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con que los recibe esta persona.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a veteranos o Seguridad Social Complementaria (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Agricultura/ Pesca: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Alquiler neto/regalías: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otros ingresos:

Cuentas de jubilación \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensión Alimenticia \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

38. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que procedan e indique la cantidad y la frecuencia con que la recibe esta persona.

Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración del impuesto federal sobre la renta, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura de salud fuera un poco más bajo.

**NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al trabajo por cuenta propia neto (pregunta 36b).

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otras deducciones: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Intereses de préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

39. **INGRESOS ANUALES:** Complete sólo si los ingresos de esta persona cambian de un mes a otro.

Ingresos totales de esta persona este año

Los ingresos totales de esta persona del año próximo (si cree que serán diferentes)

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

## PASO 2

### Miembro(s) de la familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

**Si la respuesta es NO**, vaya al paso 3.

**Sí. Si la respuesta es Sí**, solicite y complete el Formulario 3400-Apéndice B del SCDHHS (Miembro de la familia Indio Americano o Nativo de Alaska).

## PASO 3

### La cobertura de salud de su familia

Responda a estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura de salud.

1. **¿Hay alguna persona inscrita en alguna de las siguientes coberturas de salud?** Si dispone de ella, facilite una copia de la tarjeta del seguro.

**Sí.** En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de la(s) persona(s) junto a la cobertura que tiene(n).

Medicaid \_\_\_\_\_

CHIP \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

Número de reclamación: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura de Medicare: \_\_\_\_\_

TRICARE (No marque si tiene atención directa de Line Of Duty)

\_\_\_\_\_

Programas de atención médica VA \_\_\_\_\_

Cuerpo de Paz: \_\_\_\_\_

**NO.**

Seguro del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

¿Se trata de una cobertura COBRA?  Sí  No

¿Se trata de un plan de salud para jubilados?  Sí  No

Otro seguro de salud \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

¿Se trata de un plan de prestaciones por tiempo limitado (por ejemplo, una póliza de accidentes escolares)?  S  N

2. **¿Alguna de las personas que figuran en esta solicitud tiene cobertura de salud en su trabajo?** Marque sí aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona, por ejemplo un padre o cónyuge.

**Sí. En caso afirmativo**, deberá completar e incluir el Apéndice A. ¿Se trata de un plan de prestaciones para empleados del Estado?  Sí  No

**NO. Si la respuesta es NO**, continúe en el Paso 4.

## PASO 4

**Lea y Firme.** Por favor, lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si no está de acuerdo con una declaración, su elegibilidad para los programas puede verse afectada. Se requiere una firma para completar el proceso de solicitud y presentarla a la agencia.

- Sé que, según la legislación federal, no está permitida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación llamando al (888) 808-4238 o escribiendo a la División de Derechos Civiles, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
- Sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recauda la manutención médica del padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decirselo a la agencia y puede que no tenga que cooperar.
- Asigno y cedo mis derechos a cualquier pago de un tercero responsable al SCDHHS hasta el monto del pago que Healthy Connections haya hecho por mi atención médica. Esta asignación se aplica a cualquiera de mis hijos menores de edad que puedan resultar lesionados. Estos pagos pueden incluir pagos del seguro de salud, acuerdos legales u otras terceras partes. Yo también entiendo que tengo el deber de cooperar en la identificación y suministro de información para ayudar a Healthy Connections en la búsqueda de terceros que puedan ser responsables de pagar por la atención y los servicios.
- Entiendo que debo cooperar plenamente con los trabajadores estatales y federales si se revisa mi caso.
- Como solicitante/beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que hay dos grupos de personas que se ven afectadas por la recuperación del patrimonio:
  - Una persona de cualquier edad que, en el momento del fallecimiento, era paciente de un centro de enfermería, un centro de cuidados intermedios para discapacitados intelectuales u otra institución médica, y que debía sufragar con la mayor parte de sus ingresos el coste de los cuidados; o
  - Una persona que tenía 55 años o más cuando recibió asistencia médica consistente en servicios en centros de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y servicios hospitalarios y de prescripción de medicamentos prestados a personas en centros de enfermería o que reciben servicios basados en el hogar y la comunidad.  
Entiendo que al recibir cualquiera de estos servicios, SCDHHS presentará un reclamo contra mi patrimonio (todos los bienes personales e inmuebles que poseía a mi muerte) por el monto que Medicaid ha pagado por mis servicios.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

6. Sé que debo informar a SCDHHS dentro de los 10 días si cualquier información que indiqué en esta solicitud cambia y es diferente de la que escribí en esta solicitud. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar a la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
7. La información que proporcione en esta solicitud y en futuras interacciones con SCDHHS se utilizará para verificar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud, si decido solicitarla. Si la información que proporciono no coincide con los datos electrónicos, es posible que se me pida que envíe pruebas. Sé que, a menos que pida expresamente que se excluya, la información recopilada se almacenará de forma segura con el fin de garantizar que los servicios prestados a mi familia y a mí son suficientes y necesarios.
8. Si creo que SCDHHS, la agencia que administra Healthy Connections, el programa estatal de Medicaid, ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en SCDHHS que creo que la acción es incorrecta y pedir una audiencia justa. Yo Debo presentar una solicitud para dicha audiencia al SCDHHS por escrito, por teléfono, en persona, o puedo apelar en línea en [www.scdhhs.gov/appeals](http://www.scdhhs.gov/appeals). Sé que puedo representarme a mí mismo o ser representado por otra persona.
9. Sé que la información personal sobre la salud que yo proporcione o que posteriormente recopile el SCDHHS está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y que recibiré un Aviso de Prácticas de Privacidad junto con mi(s) Tarjeta(s) Healthy Connections.

¿Alguno de los niños de esta solicitud tiene un padre que vive fuera de casa?  Sí  No

Confirmando que ninguna de las personas que solicitan el seguro de salud en esta solicitud está encarcelada (detenida o en la cárcel). Si no, \_\_\_\_\_ está encarcelado.

### Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar si cumplo los requisitos para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los próximos años, acepto que Medicaid o el Mercado de Seguros de Salud utilicen los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Medicaid me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y podré excluirme en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente para los próximos:

- 5 años (el número máximo de años permitido), o por un número de años inferior:  
 4 años     3 años     2 años     1 año     No utilice información de la declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

**Firme esta solicitud.** La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Formulario DHHS 1282 - Representante Autorizado.

Al firmar, declaro que he leído y acepto los derechos y responsabilidades que se indican en esta solicitud. Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que, a mi leal saber y entender, he respondido con veracidad a todas las preguntas de este formulario. Sé que, si no digo la verdad, la ley federal puede imponerme una sanción.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Por favor, imprima este formulario y fírmelo en la línea de arriba antes de enviarlo.

## PASO 5

**Envíe por correo la solicitud completa.**

Envíe su solicitud firmada a:

**SCDHHS - Central Mail  
 PO Box 100101  
 Columbia SC 29202-3101**

Si desea inscribirse para votar, puede completar un formulario de inscripción en [scvotes.org](http://scvotes.org).



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

# APÉNDICE A

## Cobertura de Salud de Trabajos

NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguien en el hogar sea elegible para la cobertura de salud de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura.

### Cuéntenos sobre el trabajo que ofrece cobertura.

Lleve la Herramienta de Cobertura del Empleador en la página siguiente al empleador que ofrece cobertura para ayudarlo a responder estas preguntas. Solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.

### Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)

2. Número de Seguro Social del empleado

### Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador

4. Número de Identificación del Empleador (EIN)

5. Dirección del empleador

6. Número de teléfono del empleador

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)

12. Dirección de correo electrónico

13. ¿Es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

**SÍ.** En caso afirmativo, continúa abajo.

**NO.** En caso negativo, deténgase aquí y vaya al Paso 3 de la aplicación.

13a. Si está en periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)

Enumere los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este trabajo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Cuéntenos sobre el **plan de salud** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor

Sí

No

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo\* ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Véase la pregunta 15.)

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

Fecha de cambio (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

\* Un plan de salud patrocinado por la empresa cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de las prestaciones permitidas cubiertas por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costes [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos sobre la Renta de 1986].



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

# HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

## Cobertura de salud de trabajos

Use esta herramienta para ayudar a responder las preguntas en el Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud del empleador para la que sea elegible (incluso si es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los recuadros numerados a continuación coincide con los recuadros del 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 para cada empleador que ofrezca cobertura de salud.



### Información del EMPLEADO

El **empleado** debe completar esta sección.

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)

2. Número de Seguro Social del empleado



### Información del EMPLEADOR

El **empleador** debe completar esta sección.

3. Nombre del empleador

4. Número de Identificación del Empleador (EIN)

5. Dirección del empleador

6. Número de teléfono del empleador

7. Ciudad

8. Estado

9. Código postal

10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)

12. Dirección de correo electrónico

13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o se volverá elegible en los próximos 3 meses?

**SÍ.** En caso afirmativo, continúa abajo.

**NO.** En caso negativo, deténgase aquí y vaya al Paso 3 de la aplicación.

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura?

(mm/dd/yyyy)

Enumere los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este trabajo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Cuéntenos sobre el **plan de salud** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo\*?

Sí

No

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo\* ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Véase la pregunta 15.)

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

Fecha de cambio (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

\* Un plan de salud patrocinado por la empresa cumple la "norma de valor mínimo" si la parte de los costes totales de las prestaciones permitidas cubiertas por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costes [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Internal Revenue Code de 1986].



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, llame al **1-888-549-0820** e indique al representante del servicio de atención al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.