

<b>Fecha de revisión:</b>	
<b>Por favor responda</b>	

cosas para saber



### ¿Qué hago con este formulario?

- **Complete este formulario y devuélvalo para la fecha que se mencionó anteriormente** para que podamos determinar si usted y su familia todavía califican para Medicaid. Si usted no devuelve este formulario, finalizarán sus beneficios de Medicaid.



### ¿Qué pasa si mi hogar ha cambiado?

- Si un miembro se ha mudado de su casa, indique que ya no viven más con usted en el Paso 2.
- Si alguna persona se ha mudado a su casa, use los espacios en blanco en el Paso 2 para agregarla.



### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Números de seguro social (o números de documentos para todo inmigrante legal que necesite seguro)
- Información del empleador o de ingresos para cada persona de su familia (por ejemplo, recibos de haberes, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas para todos los seguros de salud actuales
- Información sobre todo seguro de salud disponible para mi familia que esté relacionado a mi empleo



### ¿Por qué solicitamos esta información?

Preguntamos sobre los ingresos y otra información para hacerle saber para qué cobertura califica y cómo obtener alguna ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que usted provea privada y segura, como lo requiere la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite: <https://www.scdhhs.gov/internet/pdf/SCDHHSNoticeofPrivacyPractices080107.pdf>.



### ¿Qué ocurre a continuación?

Envíe su formulario de revisión, completo y firmado, a la dirección que figura en la página 15. **Si no posee toda la información que solicitamos, firme y devuelva su formulario de todas maneras; realizaremos un seguimiento con usted.** Si no nos contactamos, visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o comuníquese al 1-888-549-0820.



### Obtenga ayuda con este formulario

- **Visítenos en línea en [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov)**
- **Comuníquese con nuestro Centro de Ayuda al 1-888-549-0820.**
- **En persona:** Visite una oficina de elegibilidad de SCDHHS del condado de su área.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-888-549-0820.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

## PASO 1 Cuéntenos sobre usted.

Necesitamos un adulto en la familia que sea la persona de contacto principal de su cuenta.

<b>REVISE</b> aquí su información de contacto ▼	<b>CORRIJA</b> toda información errónea o faltante aquí ▼		
Nombre:	Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo		
Dirección de la vivienda:	Dirección de la vivienda		
	Dirección Línea 2		
	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico:	Dirección de correo (si fuera diferente de la dirección de la vivienda)		
	Dirección Línea 2		
	Ciudad	Estado	Código postal
Otro:	Número de teléfono	Otro número de teléfono	
	¿Quiere obtener información sobre esta solicitud mediante correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Dirección de correo electrónico:		
¿Cuál es su idioma oral o escrito preferido (si no fuera inglés)?			

## PASO 2 Cuéntenos sobre su hogar.

La siguiente lista representa las personas adicionales en su hogar que estén recibiendo Medicaid. Si un miembro se ha mudado de su casa, por favor indique ese cambio en la tabla que figura más abajo. Si alguna persona se ha mudado a su casa, use el formulario en blanco en el Paso 3 para ver si califica.

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Género
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

## Representante autorizado

Un Representante Autorizado es una persona, nombrada por usted, que tiene permiso para obtener información sobre esta revisión, firmarla y actuar por usted en cuestiones que se relacionen con esta revisión.

Si ha cambiado la información de su representante autorizado, si deseara un representante autorizado diferente o si quiere asignar a uno nuevo, escriba a continuación la nueva información. ▼

Nombre del Representante Autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

## Miembros de familia amerindios o nativos de Alaska (AI/AN)

¿Es usted o alguna persona de su familia amerindio o nativo de Alaska?

**NO.** Si respondió NO, pase al Paso 3.  **SÍ.** Si respondió SÍ, complete la sección que figura a continuación.

Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia obtenga la mayor ayuda posible.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2
1. Nombre	Nombre Segundo nombre	Nombre Segundo nombre
	Apellido	Apellido
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió SÍ, nombre de la tribu: _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Si respondió SÍ, nombre de la tribu: _____
3. ¿Esta persona ha obtenido alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud de tribus o un programa de salud indígena urbano, o mediante un derivado de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO, ¿esta persona es elegible para obtener los servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO, ¿esta persona es elegible para obtener los servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. Cierta suma de dinero recibido puede no ser considerada para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Mencione todos los ingresos (cantidad y frecuencia) informados en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu provenientes de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías</li> <li>• Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías por terrenos designados como terrenos de fideicomiso indígena por el Departamento de Interior (incluidas reservas y reservas anteriores)</li> <li>• Dinero proveniente de la venta de elementos que tengan importancia cultural</li> </ul>	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3

## Cuéntenos sobre su familia (empiece por usted).

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. ¿Relación con usted?

**PROPIA**

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

4. Sexo:

5. Número de seguro social (NSS)

Masculino  Femenino

### 6. ¿Planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO?

(Puede solicitar un seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).

Sí. Si respondió sí, responda las preguntas a-c.  NO. Si respondió no, PASE a la pregunta c.

a. ¿La presentará junto con su cónyuge?  Sí  No

Si respondió sí, nombre del cónyuge:

b. ¿Incluirá algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el/los nombre/s de los dependientes:

c. ¿Será usted incluido como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene con el declarante?

7. ¿Está embarazada?  Sí  No Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés espera en este embarazo? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

### 8. ¿Esta persona necesita cobertura de salud?

(Incluso si tiene seguro, podría haber un programa con una mejor cobertura o de menor costo).

Sí. Si respondió sí, responda todas las preguntas que figuran a continuación.  NO. Si respondió no, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades?  Sí  No

10. ¿Necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda?  Sí  No

11. ¿Ha sido diagnosticado con o está recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?  Sí  No  
• Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia atípica de la mama • Lesiones precancerosas de cuello uterino (CIN 2/3)

12. ¿Es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

13. ¿Estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o menos?  Sí  No

### 14. Si usted es hispano o latino, etnia (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Mejicano  Mejicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otra:

### 15. Raza (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Blanco  Indio asiático  Japonés  Otra asiática  Samoano  
 Negro/Afroamericano  Chino  Coreano  Hawaiano nativo  Otra de islas del Pacífico  
 Amerindio o nativo de Alaska  Filipino  Vietnamita  Guameño o Chamorro  Otra (escriba abajo):

**Ahora, cuéntenos sobre su trabajo y sus ingresos en la página siguiente.** ➔



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3 Continúe con usted mismo.

## Información de empleo e ingresos actuales

**Empleado**

Si usted es actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empezee con la pregunta 16.

**Desempleado**

SALTAR a la pregunta 28.

**Independiente** SALTAR

a la pregunta 27.

### EMPLEO ACTUAL 1:

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

17. Número de teléfono del \_\_\_\_\_

18. Sueldos/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

\$ \_\_\_\_\_ 19. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 20. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

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

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

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

23. Sueldos/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

\$ \_\_\_\_\_ 24. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 25. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

26. **El año pasado, usted:**  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguna de las anteriores

27. **Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:**

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

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancia una vez que se hayan pagado los gastos comerciales) obtendrá de este empleo independiente este mes?

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

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todos los que correspondan, y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de menores, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Neto por agricultura/pesca: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Neto por arrendamiento/regalía: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Seguridad social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otros ingresos:

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

Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

29. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que correspondan, y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que los recibe.

**NOTA:** No debe incluir un gasto que ya haya considerado en su respuesta sobre empleo independiente neto (pregunta 27b).

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

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

30. **INGRESO ANUAL:** Complete solo si sus ingresos cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, puede agregar otra persona en las páginas siguientes, si fuera necesario.

Su ingreso total este año

Su ingreso total del año próximo (si considera que será diferente)

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

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

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

## PASO 3: PERSONA 2

Cuéntenos sobre los miembros de su hogar que estén inscritos actualmente en su plan de Medicaid. Si necesita agregar más de tres miembros adicionales, utilice el formulario "Persona adicional" para agregarlos. Si necesita páginas adicionales, realice copias de la sección Persona adicional e inclúyalas con este formulario de revisión.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo \_\_\_\_\_

2. ¿Relación con usted? \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

4. Sexo:

Masculino  Femenino

5. Número de seguro social (NSS) \_\_\_\_\_

### 6. ¿Esta persona planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO?

(Puede solicitar un seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).

Sí. Si respondió sí, responda las preguntas a-c.  NO. Si respondió no, PASE a la pregunta c.

a. ¿Esta persona se presentará junto con su cónyuge?  Sí  No

Si respondió sí, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Incluirá esta persona algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el/los nombre/s de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Esta persona será incluida como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el nombre del declarante: \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene esta persona con el declarante? \_\_\_\_\_

7. ¿Esta persona está embarazada?  Sí  No

Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés está esperando? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

### 8. ¿Esta persona necesita cobertura de salud?

(Incluso si tiene seguro, podría haber un programa con una mejor cobertura o de menor costo).

Sí. Si respondió sí, responda todas las preguntas que figuran a continuación.  NO. Si respondió no, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 7. Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Esta persona posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades?  Sí  No

10. ¿Esta persona necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda?  Sí  No

11. ¿Esta persona ha sido diagnosticada con o está recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?  Sí  No

• Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia atípica de la mama • Lesiones precancerosas de cuello uterino (CIN 2/3)

12. ¿Esta persona es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

13. ¿Esta persona estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o más?  Sí  No

### 14. Si usted es hispano o latino, etnia (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Mejicano  Mejicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otra: \_\_\_\_\_

### 15. Raza (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Blanco  Amerindio o Nativo de Alaska  Filipino  Vietnamita  Guameño o chamorro  
 Negro/Africano Estadounidense  Indio asiático  Japonés  Otra asiática  Samoano  
 Chino  Coreano  Hawaiano nativo  Otra de islas del Pacífico

**Ahora, cuéntenos sobre sus ingresos en la página siguiente. ➔**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3: PERSONA 2

## Información de empleo e ingresos actuales

**Empleado**

Si esta persona actualmente posee empleo, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 16.

**Desempleado**

SALTAR a la pregunta 28.

**Independiente**

SALTAR a la pregunta 27.

### EMPLEO ACTUAL 1:

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

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

18. Sueldos/propinas (antes de impuestos) Mensualmente

Anualmente

Por hora

Por semana

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

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

19. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

20. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

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

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

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

23. Sueldos/propinas (antes de impuestos)

Por hora

Por semana

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensualmente

Anualmente

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

24. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

25. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

26. El año pasado, esta persona:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguna de las anteriores

27. Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:

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

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancia una vez que se hayan pagado los gastos comerciales) obtendrá esta persona de este empleo independiente este mes?

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

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todos los que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de menores, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Neto por agricultura/pesca: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Neto por arrendamiento/regalía: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Seguridad social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otros ingresos:

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

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

Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

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

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona las recibe.

**NOTA:** No debe incluir un gasto que ya haya considerado en su respuesta sobre empleo independiente neto (pregunta 27b).

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

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

30. **INGRESO ANUAL:** Complete solo si los ingresos de esta persona cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en el ingreso mensual de esta persona, puede agregar otra persona en las páginas siguientes, si fuera necesario.

Su ingreso total este año

Su ingreso total del año próximo (si considera que será diferente)

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

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

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3: PERSONA 3

Cuéntenos sobre los miembros de su hogar que estén inscritos actualmente en su plan de Medicaid. Si necesita agregar más de tres miembros adicionales, utilice el formulario "Persona adicional" para agregarlos. Si necesita páginas adicionales, realice copias de la sección Persona adicional e inclúyalas con este formulario de revisión.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. ¿Relación con usted?

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

4. Sexo:

Masculino  Femenino

5. Número de seguro social (NSS)

- -

## 6. ¿Esta persona planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO?

(Puede solicitar un seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).

Sí. Si respondió sí, responda las preguntas a-c.  NO. Si respondió no, PASE a la pregunta c.

a. ¿Esta persona se presentará junto con su cónyuge?  Sí  No

Si respondió sí, nombre del cónyuge:

b. ¿Incluirá esta persona algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el/los nombre/s de los dependientes:

c. ¿Esta persona será incluida como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene esta persona con el declarante?

7. ¿Esta persona está embarazada?  Sí  No

Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés está esperando? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

## 8. ¿Esta persona necesita cobertura de salud?

(Incluso si tiene seguro, podría haber un programa con una mejor cobertura o de menor costo).

Sí. Si respondió sí, responda todas las preguntas que figuran a continuación.  NO. Si respondió no, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 7. Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Esta persona posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades?  Sí  No

10. ¿Esta persona necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda?  Sí  No

11. ¿Esta persona ha sido diagnosticada con o está recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?  Sí  No

• Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia atípica de la mama • Lesiones precancerosas de cuello uterino (CIN 2/3)

12. ¿Esta persona es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

13. ¿Esta persona estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o más?  Sí  No

## 14. Si usted es hispano o latino, etnia (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Mejicano  Mejicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otra:

## 15. Raza (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Blanco  Amerindio o Nativo de Alaska  Filipino  Vietnamita  Guameño o chamorro  
 Negro/Africano Estadounidense  Indio asiático  Coreano  Oтра asiática  Samoano  
 Chino  Otra:  Hawaiano nativo  Otra de islas del Pacífico

Ahora, cuéntenos sobre sus ingresos en la página siguiente. ➔



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3: PERSONA 3

## Información de empleo e ingresos actuales

**Empleado**

Si esta persona actualmente posee empleo, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 16.

**Desempleado**

SALTAR a la pregunta 28.

**Independiente**

SALTAR a la pregunta 27.

### EMPLEO ACTUAL 1:

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

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

18. Sueldos/propinas (antes de impuestos) Mensualmente

Anualmente

Por hora

Por semana

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

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

19. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

20. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

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

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

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

23. Sueldos/propinas (antes de impuestos)

Por hora

Por semana

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensualmente

Anualmente

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

24. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

25. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

26. El año pasado, esta persona:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguna de las anteriores

27. Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:

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

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancia una vez que se hayan pagado los gastos comerciales) obtendrá esta persona de este empleo independiente este mes?

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

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todos los que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de menores, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Neto por agricultura/pesca: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Neto por arrendamiento/regalía: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Seguridad social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otros ingresos:

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

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

Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

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

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona las recibe.

**NOTA:** No debe incluir un gasto que ya haya considerado en su respuesta sobre empleo independiente neto (pregunta 27b).

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

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

30. **INGRESO ANUAL:** Complete solo si los ingresos de esta persona cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en el ingreso mensual de esta persona, puede agregar otra persona en las páginas siguientes, si fuera necesario.

Su ingreso total este año

Su ingreso total del año próximo (si considera que será diferente)

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

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

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3: PERSONA 4

Cuéntenos sobre los miembros de su hogar que estén inscritos actualmente en su plan de Medicaid. Si necesita agregar más de tres miembros adicionales, utilice el formulario "Persona adicional" para agregarlos. Si necesita páginas adicionales, realice copias de la sección Persona adicional e inclúyalas con este formulario de revisión.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. ¿Relación con usted?

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

4. Sexo:

Masculino  Femenino

5. Número de seguro social (NSS)

- -

## 6. ¿Esta persona planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO?

(Puede solicitar un seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).

Sí. Si respondió sí, responda las preguntas a-c.  NO. Si respondió no, PASE a la pregunta c.

a. ¿Esta persona se presentará junto con su cónyuge?  Sí  No

Si respondió sí, nombre del cónyuge:

b. ¿Incluirá esta persona algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el/los nombre/s de los dependientes:

c. ¿Esta persona será incluida como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el nombre del declarante:

¿Qué relación tiene esta persona con el declarante?

7. ¿Esta persona está embarazada?  Sí  No

Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés está esperando? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

## 8. ¿Esta persona necesita cobertura de salud?

(Incluso si tiene seguro, podría haber un programa con una mejor cobertura o de menor costo).

Sí. Si respondió sí, responda todas las preguntas que figuran a continuación.  NO. Si respondió no, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 7. Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Esta persona posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades?  Sí  No

10. ¿Esta persona necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda?  Sí  No

11. ¿Esta persona ha sido diagnosticada con o está recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?  Sí  No

• Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia atípica de la mama • Lesiones precancerosas de cuello uterino (CIN 2/3)

12. ¿Esta persona es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

13. ¿Esta persona estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o más?  Sí  No

## 14. Si usted es hispano o latino, etnia (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Mejicano  Mejicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otra:

## 15. Raza (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Blanco  Amerindio o Nativo de Alaska  Filipino  Vietnamita  Guameño o chamorro  
 Negro/Africano Estadounidense  Indio asiático  Japonés  Coreano  Otra asiática  Samoano  
 Chino  Otra:  Hawaiano nativo  Otra de islas del Pacífico

Ahora, cuéntenos sobre sus ingresos en la página siguiente. ➔



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3: PERSONA 4

## Información de empleo e ingresos actuales

**Empleado**

Si esta persona actualmente posee empleo, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 16.

**Desempleado**

SALTAR a la pregunta 28.

**Independiente**

SALTAR a la pregunta 27.

### EMPLEO ACTUAL 1:

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

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

18. Sueldos/propinas (antes de impuestos) Mensualmente \_\_\_\_\_

Anualmente

Por hora

Por semana

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

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

19. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

20. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

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

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

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

23. Sueldos/propinas (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_

Por hora

Por semana

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensualmente

Anualmente

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

24. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

25. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

26. El año pasado, esta persona:  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguna de las anteriores

27. Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:

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

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancia una vez que se hayan pagado los gastos comerciales) obtendrá esta persona de este empleo independiente este mes?

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

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todos los que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de menores, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Neto por agricultura/pesca: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Neto por arrendamiento/regalía: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Seguridad social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otros ingresos:

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

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

Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

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

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona las recibe.

**NOTA:** No debe incluir un gasto que ya haya considerado en su respuesta sobre empleo independiente neto (pregunta 27b).

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

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

30. **INGRESO ANUAL:** Complete solo si los ingresos de esta persona cambian de mes a mes.

Si no espera cambios en el ingreso mensual de esta persona, puede agregar otra persona en las páginas siguientes, si fuera necesario.

Su ingreso total este año

Su ingreso total del año próximo (si considera que será diferente)

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

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

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

# PASO 3: PERSONA ADICIONAL

Si usted tiene una persona nueva en su hogar, puede utilizar esta sección para ver si califica para Medicaid.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo \_\_\_\_\_ 2. ¿Relación con usted? \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_ 4. Sexo:  Masculino  Femenino 5. Número de seguro social (NSS) \_\_\_\_\_

6. ¿Esta persona reside en la misma dirección que el contacto principal?  Sí  No

**Necesitamos esto si la persona desea una cobertura de salud y posee un número de seguro social.**

Si respondió no, mencione la dirección: \_\_\_\_\_

## 7. ¿Esta persona planea presentar una declaración federal de impuestos EL PRÓXIMO AÑO?

(Puede solicitar un seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).

Sí. Si respondió sí, responda las preguntas a-c.  NO. Si respondió no, PASE a la pregunta c.

a. ¿Esta persona se presentará junto con su cónyuge?  Sí  No

Si respondió sí, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Incluirá esta persona algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el/los nombre/s de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Esta persona será incluida como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona?  Sí  No

Si respondió sí, mencione el nombre del declarante: \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene esta persona con el declarante? \_\_\_\_\_

8. ¿Esta persona está embarazada?  Sí  No Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés espera? \_\_\_\_\_ b. ¿Cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

## 9. ¿Esta persona necesita cobertura de salud?

(Incluso si tiene seguro, podría haber un programa con una mejor cobertura o de menor costo).

Sí. Si respondió sí, responda las preguntas que figuran a continuación.  NO. Si respondió no, PASE a las preguntas sobre ingresos en la siguiente página. Deje el resto de esta página en blanco.



10. ¿Esta persona posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades?  Sí  No

11. ¿Esta persona necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda?  Sí  No

12. ¿Esta persona ha sido diagnosticada con o está recibiendo tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?  Sí  No  
• Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia atípica de la mama • Lesiones precancerosas de cuello uterino (CIN 2/3)

13. ¿Esta persona es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE.UU.?  Sí  No

14. **Si esta persona no es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE. UU., ¿tiene condición de inmigrante elegible?**  Sí  No  
Si respondió Sí, complete a continuación el tipo de documento y número de identificación de esta persona.

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_

b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

c. ¿Esta persona ha vivido en EE. UU. desde 1996?  Sí  No

d. ¿Esta persona, su cónyuge o alguno de sus padres es veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.?  Sí  No

15. ¿Esta persona desea ayuda para pagar las cuentas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

16. ¿Esta persona reside con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida a este niño?  Sí  No

17. ¿Esta persona es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

18. ¿Esta persona estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o más?  Sí  No

## 19. Si usted es hispano o latino, etnia (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Mejicano  Mejicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otra: \_\_\_\_\_

## 20. Raza (OPCIONAL; marque todas las que correspondan)

Blanco  Amerindio o  Filipino  Vietnamita  Guameño o Chamorro  
 Negro/Africano  Nativo de Alaska  Japonés  Otra asiática  Samoano  
Estadounidense  Indio asiático  Coreano  Hawaiano nativo  Otra de islas del Pacífico  
 Chino  Otra: \_\_\_\_\_

**Ahora, cuéntenos sobre los ingresos de esta persona en la página siguiente.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

## PASO 3: PERSONA ADICIONAL

### Información de empleo e ingresos actuales

**Empleado**

Si usted es actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 21.

**Desempleado**

SALTAR a la pregunta 33.

**Independiente**

SALTAR a la pregunta 32.

#### EMPLEO ACTUAL 1:

21. Nombre y dirección del empleador

22. Número de teléfono del empleador

( )

23. Sueldos/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

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

24. Promedio de horas trabajadas por semana 25. Fecha de inicio

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

26. Nombre y dirección del empleador

27. Número de teléfono del empleador

( )

28. Sueldos/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

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

29. Promedio de horas trabajadas por semana 30. Fecha de inicio

31. **El año pasado, esta persona:**  Cambió de trabajo  Dejó de trabajar  Empezó a trabajar menos horas  Ninguna de las anteriores

32. **Si es trabajador independiente, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancia una vez que se hayan pagado los gastos comerciales) obtendrá esta persona de este empleo independiente este mes?

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

33. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todos los que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona los recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de menores, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Neto por agricultura/pesca: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Neto por arrendamiento/regalía: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Seguridad social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otros ingresos:

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

Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

34. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que esta persona las recibe.

Si la esta persona paga ciertas cosas que pueden deducirse en una declaración federal de impuestos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor.

**NOTA:** No debe incluir un gasto que ya haya considerado en su respuesta sobre empleo independiente neto (pregunta 32b).

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

Interés de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

35. **INGRESO ANUAL:** Complete solo si los ingresos de esta persona cambian de mes a mes.

El ingreso total de esta persona este año

El ingreso total de esta persona el año próximo (si considera que será diferente)

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

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

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.**

**Si tiene más personas para agregar a esta solicitud, complete este formulario para cada persona adicional.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

## PASO 4 La cobertura de salud de su familia

¿Alguna persona posee un seguro de salud privado, Medicaid de otro estado (diferente de Carolina del Sur) o Medicare?  Sí  No

Titular de la póliza	Nombre a todas las personas cubiertas por este seguro	Nombre de compañía de seguro	Número de póliza/ número de Medicaid

## PASO 5 Lea y firme esta revisión.

Por favor, lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si usted no está de acuerdo con la declaración, esto puede afectar su elegibilidad para los programas. Se requiere una firma para completar el proceso de solicitud y enviar su solicitud a la agencia.

- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Puedo llamar al (803) 898-2605 o escribir a la oficina de Derechos Civiles, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206 para presentar una denuncia por discriminación.
- Sé que se me solicitará que colabore con la agencia que recolecta el pago de manutención médica de un padre ausente. Si creo que colaborar a recolectar la manutención médica me dañará a mí o a mis hijos, puedo comunicárselo a la agencia y es posible que no tenga que colaborar.
- Yo cedo y entrego mis derechos de todos los pagos de un tercero responsable al SCDHHS hasta la cantidad de pagos que el programa Healthy Connections haya realizado para mi cuidado médico. Esta cesión se aplica a todos mis hijos menores que puedan lesionarse. Estos pagos pueden incluir pagos de seguros de salud, acuerdos legales u otros terceros. También entiendo que tengo el deber de colaborar a identificar y proporcionar información para asistir al programa Healthy Connections a buscar a los terceros que puedan ser responsables de pagar por los cuidados y servicios.
- Entiendo que debo colaborar completamente con los trabajadores federales y del estado si mi caso fuera revisado. También entiendo que, como condición de elegibilidad, debo solicitar y tomar medidas para obtener cualquier otro beneficio, lo que incluye pero no se limita a rentas vitalicias, pensiones, jubilación, por discapacidad y otros beneficios.
- Como solicitante/beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que existen dos grupos de personas que están afectadas por la recuperación del patrimonio:
  - Una persona de cualquier edad que era paciente en un centro de cuidados de enfermería, centro de cuidado intermedio para las personas con discapacidad intelectual u otra institución médica al momento de su muerte, y que debía destinar la mayor parte de su ingreso a los gastos del cuidado; o
  - Una persona que tenía 55 años o más cuando recibió asistencia médica que consistió en servicios del centro de cuidados de enfermería, servicios en el hogar y la comunidad, y servicios de medicamentos recetados y de hospital proporcionados a individuos en centros de cuidados de enfermería o que recibieran servicios en el hogar y la comunidad. Entiendo que si recibo cualquiera de estos servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos presentará una demanda contra mi patrimonio (toda propiedad personal e inmobiliaria que posea en el momento de mi muerte) por la cantidad que Medicaid haya pagado por mis servicios.
- Sé que debo informarle al SCDHHS si cualquier información que haya mencionado en esta solicitud cambia y resulta diferente de cuando escribí esta solicitud. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- La información que proveo en esta solicitud y en una futura interacción con el SCDHHS será utilizada para verificar mi elegibilidad para ayudar a pagar mi cobertura de salud, en el caso de solicitarla. Si la información que proveo no coincide con los datos electrónicos, se me puede solicitar que envíe una prueba. Sé que a menos que solicite específicamente que se descarte, la información recolectada será almacenada de forma segura para garantizar que los servicios que se proveen a mi familia y a mí sean suficientes y necesarios.

*(Los derechos y responsabilidades continúan en la página siguiente)*



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.

8. Si considero que el SCDHHS, la agencia que administra el programa Healthy Connections, el plan estatal Medicaid y los programas CHIP (programa de seguro de salud para niños), ha cometido un error, puedo apelar esta decisión. Apelar significa decirle a alguna persona del SCDHHS que considero que la acción es incorrecta y solicito una revisión justa de la acción. Debo presentar un pedido por escrito para dicha audiencia a SCDHHS. Sé que puedo ser representado por una persona que no sea yo mismo en el proceso. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.
9. Sé que la información personal de salud que provea o que el SCDHHS reúna posteriormente está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y que recibiré un Aviso de las Prácticas de Privacidad junto con mi/s tarjeta/s de Healthy Connections.

¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre o madre que resida fuera de su hogar?  Sí  No

Confirmando que ninguna persona que solicita un seguro de salud en esta solicitud se encuentra encarcelada (detenida o en prisión). Si no, se encuentra encarcelada.

### Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para una ayuda que pague mi cobertura de salud en los próximos años, permito que Medicaid o el Mercado de Seguros de Salud utilice mis datos sobre ingresos, incluida la información de declaración de impuestos. Medicaid me enviará un aviso, me dejará realizar cualquier cambio y me dejará optar por salir en cualquier momento.

Sí, renuevo automáticamente mi elegibilidad para los próximos:

- 5 años (el número máximo de años permitido), o por un número menor de años:  
 4 años  3 años  2 años  1 año  No utilice información de mi 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 necesaria en el formulario DHHS 1282, Representante Autorizado.

**Al firmar, declaro que he leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades indicados en esta solicitud.**

Firmo esta solicitud bajo la pena de perjurio. Esto significa que, a mi mejor saber, he proporcionado respuestas acertadas a todas las preguntas en este formulario. Tengo conocimiento de que, si no soy veraz, puede haber una pena bajo la ley federal.

Firma

Fecha (mm/dd/aa)

Por favor, imprima este formulario y luego firme en la línea que se encuentra más arriba antes de presentarlo.

## PASO 6 Envíe por correo la solicitud completa.

Envíe por correo la solicitud firmada a:

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

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

**! Devuelva su formulario completo dentro de los 30 días de la fecha de revisión que figura en la Página 1.**



**NEED HELP WITH YOUR REVIEW?** Visit [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-753-8583**.