

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

PASO 2: PERSONA ADICIONAL # []

Complete una nueva copia de este formulario para cada persona adicional que resida con usted y que esté en su misma declaración federal de impuestos si presentara una. Consulte la página 2 del Formulario 3400 de DHHS (solicitud para Medicaid y una cobertura de salud asequible) para obtener más información acerca de quién incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde de todos modos agregar a los miembros de la familia que residan con usted.

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

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

6. ¿Esta persona reside en la misma dirección que la PERSONA 1? ☐ 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 10-22 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

Si respondió Sí, ingrese su ingreso mensual total de los últimos 3 meses. Último mes: \$ _____ Hace 2 meses: \$ _____ Hace 3 meses: \$ _____

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. ¿Está actualmente viviendo en un hogar sustituto? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Está actualmente viviendo en un hogar compartido del Departamento de Justicia Juvenil? ☐ Sí ☐ No

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

☐ Mejicano ☐ Mejicano-estadounidense ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otra: _____

22. 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 ☐ Otra: _____



NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit [SCDHHS.gov](https://www.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 2: PERSONA ADICIONAL # []

Información de empleo e ingresos actuales

☐ **Empleado**

Si usted es actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empezar con la pregunta 23.

☐ **Desempleado**

PASAR a la pregunta 35.

☐ **Independiente**

PASAR a la pregunta 34.

EMPLEO ACTUAL 1:

23. Nombre y dirección del empleador

24. Número de teléfono del empleador

()

25. Sueldos/propinas (antes de impuestos)

☐ Por hora

☐ Por semana

☐ Cada 2 semanas

☐ Dos veces al mes

☐ Mensualmente

☐ Anualmente

\$ _____

26. Promedio de horas trabajadas por semana

27. Fecha de inicio

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

28. Nombre y dirección del empleador

29. Número de teléfono del empleador

()

30. Sueldos/propinas (antes de impuestos)

☐ Por hora

☐ Por semana

☐ Cada 2 semanas

☐ Dos veces al mes

☐ Mensualmente

☐ Anualmente

\$ _____

31. Promedio de horas trabajadas por semana

32. Fecha de inicio

33. El año pasado, esta persona:

☐ Cambió de trabajo ☐ Dejó de trabajar

☐ Empezó a trabajar menos horas ☐ Ninguna de las anteriores

34. 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?

\$ _____

35. **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? _____

36. **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: _____

37. **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 APPLICATION? Visit 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.