

# APÉNDICE B

## Miembro de familia amerindio o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es amerindio o nativo de Alaska. Presente esto con su solicitud para la Cobertura de salud y Ayuda para pagar los costos.

### Cuéntenos sobre el miembro de su familia que es amerindio o nativo de Alaska.

Los amerindios y nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígenas, los programas de salud para tribus o los programas de salud urbanos para indígenas. Además, es posible que no tengan que pagar la participación en los costos y pueden obtener periodos especiales de inscripción mensuales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia obtenga la mayor ayuda posible.

**NOTA:** Si tiene más personas para incluir, realice una copia de esta página y adjúntela.

|  | PERSONA AI/AN 1  | PERSONA AI/AN 2  |
|--|--|--|
| 1. Nombre<br>(primero, segundo, apellido)  | Nombre<br>nombre<br>Segundo<br>nombre  | Nombre<br>nombre<br>Segundo<br>nombre  |
|  | Apellido   | Apellido   |
| 2. ¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO<br>Si respondió Sí, nombre de la tribu:<br>_____   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO<br>Si respondió Sí, nombre de la tribu:<br>_____   |
| 3. ¿Esta persona ha obtenido alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, de un programa de salud de tribus o de un programa de salud urbano para indígenas, o mediante un derivado de uno de estos programas?   | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO<br>Si respondió NO, ¿esta persona es elegible para obtener servicios del Servicio de Salud Indígena, de programas de salud para tribus o de programas de salud urbanos para indígenas, o mediante un derivado de uno de estos programas? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO<br>Si respondió NO, ¿esta persona es elegible para obtener servicios del Servicio de Salud Indígena, de programas de salud para tribus o de programas de salud urbanos para indígenas, o mediante un derivado de uno de estos programas? |
| 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:<br><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> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO<br>\$ _____<br>¿Con qué frecuencia?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO<br>\$ _____<br>¿Con qué frecuencia?  |



**NEED HELP WITH YOUR APPLICATION?** 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**.