



Utilice esta solicitud para ver para cuáles opciones de cobertura califica

- Planes de seguro de salud privados asequibles que ofrezcan una cobertura completa para ayudarlo a estar bien.
 - Un nuevo crédito fiscal que pueda ayudarlo inmediatamente a pagar su prima de la cobertura de salud.
 - Un seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).
- Usted puede calificar para un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana \$94,000 por año (para una familia de 4).**



¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para postular a alguien de su familia.
- Postúlese incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud. Podría ser elegible para una cobertura gratuita o de bajo costo.
- Si es soltero/a, debería poder usar un formulario corto. Visite HealthCare.gov.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden postularse. Puede postular a su hijo incluso si usted no fuera elegible para una cobertura. Postularse no afectará su condición de inmigrante o las oportunidades de convertirse en un residente permanente o ciudadano.
- Si alguna persona lo está ayudando a completar esta solicitud, quizás deba completar el Formulario de Representante Autorizado (1282), que puede descargarse en SCDHHS.gov.



Postúlese más rápidamente en línea

- Postúlese más rápidamente en línea en SCDHHS.gov o HealthCare.gov.



Qué podría necesitar para postularse

- 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, vaya a <https://www.SCDHHS.gov/internet/pdf/SCDHHSNoticeofPrivacyPractices080107.pdf>.



¿Qué ocurre a continuación?

Envíe su solicitud firmada y completa a la dirección que figura en la página 12. **Si no posee toda la información que le solicitamos, firme y entregue su solicitud de todas formas.** Realizaremos un seguimiento con usted en 1 o 2 semanas. Obtendrá las instrucciones para completar su solicitud para una cobertura de salud en los próximos pasos. Si no nos contactamos, visite SCDHHS.gov o comuníquese al 1-888-549-0820. Completar esta solicitud no significa que tiene que comprar una cobertura de salud.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** SCDHHS.gov
- **Teléfono:** Comuníquese con nuestro Centro de Ayuda al **1-888-549-0820**.
- **En persona:** Es posible que haya asesores en su área que puedan ayudar. **Visite nuestro sitio web** o llame al **1-888-549-0820** para obtener más información.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-888-549-0820**.



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**.

PASO 1 Cuéntenos sobre usted.

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

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Dirección del representante autorizado (si no posee, deje el espacio en blanco).

3. Número de departamento o suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección de correo (si fuera diferente de la dirección de la vivienda) suite

9. Número de departamento o suite

10. Ciudad

11. Estado

12. Código postal

13. Condado

14. Número de teléfono

15. Otro número de teléfono

16. ¿Quiere obtener información sobre esta solicitud mediante correo electrónico? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

17. ¿Cuál es su idioma oral o escrito preferido (si no fuera inglés)?

¿Alguna persona lo está ayudando a completar esta solicitud?

Complete la siguiente sección si usted está completando este formulario en nombre del solicitante (la persona mencionada en el PASO 1).

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

2. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

3. Nombre de la organización (si corresponde)

4. Número de identificación (si corresponde)

PASO 2 Cuéntenos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Cuéntenos sobre todos los miembros de la familia que residen con usted. Si usted declara impuestos, necesitamos saber sobre todas las personas en su declaración de impuestos.

(No es necesario que declare impuestos para obtener una cobertura de salud).

DEBE incluir:

- A usted mismo
- A su cónyuge
- A sus hijos menores de 21 años que residan con usted
- A su pareja no casada que necesite cobertura de salud
- A cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no residen con usted
- A cualquier otra persona menor de 21 años a la que usted cuide y resida con usted

NO debe incluir:

- A su pareja no casada que no necesite cobertura de salud
- A los hijos de su pareja no casada
- A sus padres, si viven con usted pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- A otro familiar adulto que presente su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o el tipo de programa para el que califique dependerá del número de personas de su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que cada persona obtenga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia.

Empiece con usted mismo, luego agregue a los otros adultos y niños. Si tiene más de 4 personas en su familia, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que proporcione la condición de inmigrante o el número de seguro social (NSS) de los miembros de la familia que no necesiten cobertura de salud. Mantendremos toda la información que usted provea privada y segura, como lo requiere la ley. Solo utilizaremos la información personal para verificar si usted es elegible para una cobertura de salud.



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**.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience por usted mismo)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge o pareja, sus hijos que residan con usted y toda persona en su misma declaración federal de impuestos, en el caso de presentarla. Vea la página 2 para obtener más información acerca de a quién debe 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?

PROPIA

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

4. Sexo: Masculino Femenino

5. Número de seguro social (NSS)

Necesitamos esto si desea una cobertura de salud y posee un número de seguro social. Brindar su número de seguro social puede ser útil si no desea una cobertura de salud, porque puede acelerar el proceso de la solicitud. Utilizamos los números de seguro social para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para la ayuda con los gastos de la cobertura de salud. Si alguien desea ayuda para obtener un número de seguro social, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de teletipo deben llamar al 1-800-325-0778.

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? _____ b. ¿Cuál es la fecha de parto? _____

8. ¿Necesita una 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 4. Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que lo 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. ¿Usted es ciudadano de EE. UU. o nacional de EE.UU.? Sí No

13. Si usted no es ciudadano de EE. UU. o nacional de EE.UU., ¿tiene una condición de inmigrante elegible? Sí No

Si respondió Sí, complete a continuación su tipo de documento y número de identificación.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de identificación del documento: _____

c. ¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? Sí No

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

14. ¿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: \$ _____

15. ¿Reside con al menos un niño menor de 19 años y usted es la principal persona que cuida de este niño? Sí No

16. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

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

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

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

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

Mejicano Mejicano-estadounidense Chicano Puertorriqueño Cubano Otra: _____

21. 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: _____



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**.

PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con usted mismo)

Información de empleo e ingresos actuales

Empleado

Si usted es actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 22.

Desempleado

PASAR a la pregunta 34.

Independiente

SALTAR a la pregunta 33.

EMPLEO ACTUAL 1:

22. Nombre y dirección del empleador _____

23. Número de teléfono del empleador _____

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

\$ _____ 25. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 26. Fecha de inicio _____

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

27. Nombre y dirección del empleador _____

28. Número de teléfono del empleador _____

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

\$ _____ 30. Promedio de horas trabajadas por semana _____ 31. Fecha de inicio _____

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

33. **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?

\$ _____

34. **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? _____

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

Si la PERSONA 1 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 33b).

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

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

36. **INGRESO ANUAL:** Complete solo si los ingresos de la PERSONA 1 cambian de mes a mes.

Si no espera que cambien los ingresos mensuales de la PERSONA 1, agregue a otra persona en las páginas siguientes. 

El ingreso total de la PERSONA 1 este año

El ingreso total de la PERSONA 1 del año próximo (si considera que será diferente)

\$ _____

\$ _____

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



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**.

PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para su cónyuge o pareja, sus hijos que residan con usted y toda persona en su misma declaración federal de impuestos, en el caso de presentarla. Vea la página 2 para obtener más información acerca de a quién debe 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 (mm/dd/aa) _____ 4. Sexo: Masculino Femenino _____ 5. Número de seguro social (NSS) _____

6. ¿La PERSONA 2 reside en la misma dirección que usted? Sí No

Necesitamos esto si la PERSONA 2 desea una cobertura de salud y posee un número de seguro social.

Si respondió no, mencione la dirección: _____

7. ¿La PERSONA 2 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 PERSONA 2 la presentará junto con su cónyuge? Sí No

Si respondió sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 2 incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

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

c. ¿La PERSONA 2 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 la PERSONA 2 con el declarante? _____

8. ¿La PERSONA 2 está embarazada? Sí No Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés espera? _____ b. ¿Cuál es la fecha de parto? _____

9. ¿La PERSONA 2 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 página 6. Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿La PERSONA 2 posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades? Sí No

11. ¿La PERSONA 2 necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda? Sí No

12. ¿La PERSONA 2 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. ¿La PERSONA 2 es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE.UU.? Sí No

14. Si la PERSONA 2 no es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE. UU., ¿la PERSONA 2 tiene condición de inmigrante elegible? Sí No

Si respondió Sí, complete a continuación el tipo de documento y número de identificación de la PERSONA 2.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de identificación del documento: _____

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en EE. UU. desde 1996? Sí No

d. ¿La PERSONA 2, su cónyuge o alguno de sus padres es veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

15. ¿La PERSONA 2 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. ¿La PERSONA 2 reside con al menos un niño menor de 19 años y la PERSONA 2 es la principal persona que cuida a este niño? Sí No

17. ¿La PERSONA 2 es estudiante de tiempo completo? Sí No

18. ¿La PERSONA 2 estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o más? Sí No

19. ¿Está la PERSONA 2 actualmente viviendo en un hogar sustituto? Sí No

20. ¿Está la PERSONA 2 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

Ahora, cuéntenos sobre los ingresos de la PERSONA 2 en la siguiente página. ➔



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**.

PASO 2: PERSONA 2

Información de empleo e ingresos actuales

Empleado

Si usted es actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece 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, la PERSONA 2:** 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 de este empleo este mes?

\$ _____

35. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todos los que correspondan y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que la PERSONA 2 lo 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 todos los que correspondan, y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que los recibe. Si la PERSONA 2 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 al empleo independiente neto (pregunta 34b).

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 la PERSONA 2 cambian de mes a mes. 

Si no espera que cambien los ingresos mensuales de la PERSONA 2, agregue a otra persona en las páginas siguientes.

El ingreso total de la PERSONA 2 este año

El ingreso total de la PERSONA 2 del año próximo (si considera que será diferente)

\$ _____

\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.

Pase a la siguiente página para proporcionar información sobre la PERSONA 3, si fuera necesario.



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**.

PASO 2: PERSONA 3

Complete el Paso 2 para su cónyuge o pareja, sus hijos que residan con usted y toda persona en su misma declaración federal de impuestos, en el caso de presentarla. Vea la página 2 para obtener más información acerca de a quién debe 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 (mm/dd/aa) 4. Sexo: Masculino Femenino 5. Número de seguro social (NSS) _____

6. ¿La PERSONA 3 reside en la misma dirección que usted? Sí No

Necesitamos esto si la PERSONA 3 desea una cobertura de salud y posee un número de seguro social.

Si respondió no, mencione la dirección: _____

7. ¿La PERSONA 3 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 PERSONA 3 la presentará junto con su cónyuge? Sí No

Si respondió sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 3 incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

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

c. ¿La PERSONA 3 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 la PERSONA 3 con el declarante? _____

8. ¿La PERSONA 3 está embarazada? Sí No Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés espera? _____ b. ¿Cuál es la fecha de parto? _____

9. ¿La PERSONA 3 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 página 8. Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿La PERSONA 3 posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades? Sí No

11. ¿La PERSONA 3 necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda? Sí No

12. ¿La PERSONA 3 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. ¿La PERSONA 3 es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE.UU.? Sí No

14. Si la PERSONA 3 no es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE. UU., ¿la PERSONA 3 tiene condición de inmigrante elegible? Sí No

Si respondió SÍ, complete a continuación el tipo de documento y número de identificación de la PERSONA 3.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de identificación del documento: _____

c. ¿La PERSONA 3 ha vivido en EE. UU. desde 1996? Sí No

d. ¿La PERSONA 3, su cónyuge o alguno de sus padres es veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

15. ¿La PERSONA 3 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. ¿La PERSONA 3 reside con al menos un niño menor de 19 años y la PERSONA 3 es la principal persona que cuida a este niño? Sí No

17. ¿La PERSONA 3 es estudiante de tiempo completo? Sí No

18. ¿La PERSONA 3 estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o más? Sí No

19. ¿Está la PERSONA 3 actualmente viviendo en un hogar sustituto? Sí No

20. ¿Está la PERSONA 3 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)

Mexicano Mexicano-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 Coreano Otra asiática Samoano
 Chino Otra: _____ Hawaiano nativo Otra de islas del Pacífico

Ahora, cuéntenos sobre los ingresos de la PERSONA 3 en la siguiente página.



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**.

PASO 2: PERSONA 3

Información de empleo e ingresos actuales

Empleado

Si usted es actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece 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, la PERSONA 3:** 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 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 la PERSONA 3 lo 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 todos los que correspondan, y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que los recibe.

Si la PERSONA 3 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 al empleo independiente neto (pregunta 34b).

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 la PERSONA 3 cambian de mes a mes.

Si no espera que cambien los ingresos mensuales de la PERSONA 3, agregue a otra persona en las páginas siguientes. 

El ingreso total de la PERSONA 3 este año

El ingreso total de la PERSONA 3 del año próximo (si considera que será diferente)

\$ _____

\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 3.

Pase a la siguiente página para proporcionar información sobre la PERSONA 4, si fuera necesario.



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**.

PASO 2: PERSONA 4

Complete el Paso 2 para su cónyuge o pareja, sus hijos que residan con usted y toda persona en su misma declaración federal de impuestos, en el caso de presentarla. Vea la página 2 para obtener más información acerca de a quién debe 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 (mm/dd/aa) 4. Sexo: Masculino Femenino 5. Número de seguro social (NSS) _____

6. ¿La PERSONA 4 reside en la misma dirección que usted? Sí No

Si respondió no, mencione la dirección: _____

Necesitamos esto si la PERSONA 4 desea una cobertura de salud y posee un número de seguro social.

7. ¿La PERSONA 4 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 PERSONA 4 la presentará junto con su cónyuge? Sí No

Si respondió sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 4 incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

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

c. ¿La PERSONA 4 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 la PERSONA 4 con el declarante? _____

8. ¿La PERSONA 4 está embarazada? Sí No Si respondió sí, a. ¿Cuántos bebés espera _____ b. ¿Cuál es la fecha de parto? _____

9. ¿La PERSONA 4 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 página 10. Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿La PERSONA 4 posee una condición de salud de discapacidad física, mental o emocional que la limite en sus actividades? Sí No

11. ¿La PERSONA 4 necesita vivir en un centro médico o centro de cuidados de enfermería o necesita servicios de enfermería en su vivienda? Sí No

12. ¿La PERSONA 4 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. ¿La PERSONA 4 es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE.UU.? Sí No

14. Si la PERSONA 4 no es ciudadana de EE. UU. o nacional de EE. UU., ¿la PERSONA 4 tiene condición de inmigrante elegible? Sí No

Si respondió Sí, complete a continuación el tipo de documento y número de identificación de la PERSONA 4.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de identificación del documento: _____

c. ¿La PERSONA 4 ha vivido en EE. UU. desde 1996? Sí No

d. ¿La PERSONA 4, su cónyuge o alguno de sus padres es veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

15. ¿La PERSONA 4 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. ¿La PERSONA 4 reside con al menos un niño menor de 19 años y la PERSONA 4 es la principal persona que cuida a este niño? Sí No

17. ¿La PERSONA 4 es estudiante de tiempo completo? Sí No

18. ¿La PERSONA 4 estuvo en un hogar sustituto en Carolina del Sur a la edad de 18 años o más? Sí No

19. ¿Está la PERSONA 4 actualmente viviendo en un hogar sustituto? Sí No

20. ¿Está la PERSONA 4 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 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 la PERSONA 4 en la siguiente página. ➔



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**.

PASO 2: PERSONA 4

Información de empleo e ingresos actuales

Empleado

Si usted es actualmente empleado, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece 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, la PERSONA 4:** 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 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 la PERSONA 4 lo 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 todos los que correspondan, y proporcione la cantidad y la frecuencia en la que los recibe.

Si la PERSONA 4 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 al empleo independiente neto (pregunta 34b).

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 la PERSONA 4 cambian de mes a mes.

El ingreso total de la PERSONA 4 este año

El ingreso total de la PERSONA 4 del año próximo (si considera que será diferente)

\$ _____

\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 4.

Si tiene más de cuatro personas para incluir, solicite un formulario DHHS 3400-01 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**.

PASO 3 Miembros de familia amerindios o nativos de Alaska (AI/AN)

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

Si respondió NO, pase al Paso 4.

Sí. Si respondió Sí, solicite un Formulario 3400 de SCDHHS-Apéndice B (Miembro de familia amerindio o nativo de Alaska).

PASO 4 La cobertura de salud de su familia

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

1. ¿Alguna persona está en este momento inscrita en una de las siguientes coberturas de salud? Si estuviera disponible, provea una copia de la tarjeta de seguro.

Sí. Si respondió sí, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de la persona o las personas junto a la cobertura que posean. NO.

Medicaid _____

CHIP _____

Medicare _____

Número de solicitud: _____

Fecha de inicio de la cobertura de Medicare: _____

Seguro del empleador _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____ Fecha de inicio: _____

¿Es cobertura de COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud de un jubilado? Sí No

TRICARE (No marque si tiene asistencia directa por complicaciones derivadas del ejercicio de sus deberes) Otro seguro de salud _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____ Fecha de inicio: _____

¿Es un plan de beneficios por tiempo limitado (como una póliza de accidentes de un colegio)? Sí No

Programas de atención médica de la VA: _____

Cuerpo de Paz: _____

2. ¿Se le ofreció una cobertura de salud de un empleo a alguna de las personas mencionadas en esta solicitud? Marque sí incluso si la cobertura es del empleo de otra persona, como uno de los padres o el cónyuge.

Sí. Si respondió Sí, deberá completar e incluir el Apéndice A. ¿Este es un plan de beneficios para un empleado del Estado? Sí No

NO. Si respondió NO, siga con el Paso 5.

PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

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.

1. 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.
2. 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.
3. 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.

(Los derechos y responsabilidades continúan en la página siguiente)



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**.

4. 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.
5. 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.
6. Sé que debo informarle al SCDHHS en 10 días 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.
7. 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.
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 una 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.**

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.



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**.

APÉNDICE A

Cobertura de salud de empleos

NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguna persona de su hogar sea elegible para la cobertura de salud de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos sobre el empleo que ofrece cobertura.

Entréguele la Herramienta de cobertura del empleador en la página siguiente al empleador que ofrezca una cobertura para que lo ayude a responder estas preguntas. Solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud sin la Herramienta de cobertura del empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (primero, segundo, 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 por la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente del que figura anteriormente)

12. Dirección de correo electrónico:

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

SÍ. Si respondió SÍ, siga a continuación.

NO. Si respondió NO, deténgase aquí y vaya al Paso 5 en la solicitud.

13a. Si se encuentra en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo se puede inscribir en la cobertura? _____
(dd/mm/aa)

Mencione los nombres de todas las demás personas que sean elegibles para la cobertura por este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Cuéntenos sobre el plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿Este empleador ofrece un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye los planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y sin haber recibido ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

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

b. ¿Con qué frecuencia? Por semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

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

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

b. ¿Con qué frecuencia? Por semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

Fecha del cambio (dd/mm/aa): _____

* Un plan de salud financiado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la cuota del plan de los costos por beneficios permitidos totales cubiertos por el plan no es menor del 60 % de esos costos [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986]



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**.

HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Cobertura de salud de empleos

Utilice 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 empleo de otra persona, como uno de sus padres o su cónyuge). La información en las casillas numeradas a continuación coinciden con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta de la pregunta 14 en esta página debe coincidir con la pregunta 15 en el Apéndice A. Escriba su nombre y su número de seguro social en las casilla 1 y 2 y solicítele al empleador que complete 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 (primero, segundo, 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 por la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente del que figura anteriormente)

12. Dirección de correo electrónico:

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura que ofrece este empleador o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?

SÍ. Si respondió SÍ, siga a continuación. **NO.** Si respondió NO, deténgase aquí y vaya al Paso 5 en la solicitud.

13a. Si el empleado no es elegible en este momento, incluso a causa de un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo será el empleado elegible para la cobertura?

(mm/dd/aa)

Mencione los nombres de todas las demás personas que sean elegibles para la cobertura por este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

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

14. ¿Este empleador ofrece un plan de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye los planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y sin haber recibido ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

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

b. ¿Con qué frecuencia? Por semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

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

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

b. ¿Con qué frecuencia? Por semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

Fecha del cambio (dd/mm/aa): _

* Un plan de salud financiado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la cuota del plan de los costos por beneficios permitidos totales cubiertos por el plan no es menor del 60 % de esos costos [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986]



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**.