

Solicitud para Cobertura de Salud

LO QUE DEBE SABER



Use esta solicitud para saber qué cobertura corresponde

- Planes disponibles de seguro de salud privado que ofrecen cobertura completa para mantenerse sano
 - Nuevo crédito de impuestos que inmediatamente le ayuda a pagar las primas de su cobertura de salud
 - Seguro de Medicaid o del Programa de Louisiana de Seguro Médico para Niños (LaCHIP), gratis o a bajo costo
- Puede que le corresponda un programa sin costo o a costo bajo aun si gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4).**



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Solicite aun si su hijo ya tiene cobertura médica. Puede que le corresponda una cobertura de menor costo o gratis.
- Las familias con inmigrantes pueden solicitar. Puede solicitar por su hijo aun si usted no es elegible para la cobertura. Solicitar no afectará su estatus migratorio ni la probabilidad de hacerse residente permanente o ciudadano.



Solicite más rápidamente por Internet

Solicite más rápidamente en línea al www.medicaid.la.gov.



Qué se necesita para solicitar

- Número de Seguro Social (o los números de documentos para los inmigrantes legales que necesitan seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre todo seguro médico disponible a través de su trabajo para su familia



¿Por qué pedimos esta información?

Le pedimos ingresos y otra información para hacerle saber de la cobertura correspondiente y de ayuda disponible para pagarla. **Mantendremos toda la información proveída en forma privada y segura como lo requiere la ley.**



¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección en la página 12. **Si no tiene toda la información pedida, firme y entregue su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los pasos por dar. Si no recibe noticias nuestras, visite www.medicaid.la.gov o llame al **1-888-342-6207**. Llenar esta solicitud no lo obliga a comprar cobertura de salud.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** www.medicaid.la.gov
- **Por teléfono:** Llame al **1-888-342-6207**.
- **En persona:** Visite el sitio web o llame al **1-888-342-6207** para encontrar la oficina de Medicaid más cercana.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ESTA PÁGINA
INTENCIONALMENTE
IZQUIERDA EN BLANCO.

PASO 1 Díganos sobre usted

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

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo			
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Parroquia
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Parroquia
14. Número de teléfono () -		15. Otro número de teléfono () -	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. ¿Cuál es su idioma preferido hablado o escrito (si no es el español)?			

PASO 2 Díganos sobre su familia

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos sobre todos los familiares que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en la declaración. (No necesita declarar impuestos para obtener cobertura de salud).

Incluir a:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aun si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 bajo su tutela que vive con usted

NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurar de que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted, luego incluir a los demás adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará sacar copia de las páginas y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los familiares que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información proveída en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdesese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo _____

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

3. Sexo Hombre Mujer

4. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____

Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN. Solo usamos el SSN para verificar ingresos y otra información de otras agencias gubernamentales, instituciones financieras, y otras fuentes para determinar elegibilidad en Medicaid. Proveyendo su SSN puede ayudar aun si no desea solicitar asistencia de Medicaid, y puede acelerar el proceso de la solicitud. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite www.socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

5. Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

6. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Blanco Indio Americano o Filipino Vietnamita Guameño o Chamorro
 Negro o Nativo de Alaska Japonés Otro Asiático Samoano
Afroamericano Indio Asiático Coreano Nativo Hawaiano Otros Isleños del Pacífico
 Chino Otro _____

7. ¿Piensa presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Usted puede solicitar la cobertura médica aun si no presenta la declaración de impuestos federales.)

SÍ. Caso que sí, responda a las preguntas a-c. **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Caso que sí, nombre del cónyuge: _____

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

Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es su parentesco con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está embarazada? Sí No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

9. ¿Necesita cobertura médica?

(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Caso que sí, conteste todas las preguntas de abajo. **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 3.

10. ¿Tiene usted problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)?

Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

11. ¿Vive usted en una instalación médica u hogar de ancianos? Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

12. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? Sí No

13. ¿Vive con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? Sí No

14. ¿Estuvo bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____

b. ¿Tuvo usted Medicaid? Sí No c. ¿Cuántos años tenía cuando salió de tutela temporal? _____

15. ¿Tuvo usted seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? Sí No

a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

16. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

17. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

Caso que sí, ¿nació en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? Sí No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____

Caso que no, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? Sí No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____

c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____

e. ¿Vive usted en los EE.UU. desde 1996? Sí No f. ¿Es usted o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

STEP 2: PERSONA 1 (Siga con usted)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

Empleado

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.

Sin empleo

Vaya a la pregunta 28.

Por cuenta propia

Vaya a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador _____ 19. Número de teléfono del empleador
(_____) _____ - _____

20. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
\$ _____ Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre y dirección del empleador _____ 23. Número de teléfono del empleador
(_____) _____ - _____

24. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
\$ _____ Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

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

27. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

28. OTROS INGRESOS DE ESTE MES: Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

- | | | | | | |
|---|----------|--|---|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | | <input type="checkbox"/> Sustento de Menores | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Los pagos de los Veteranos | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Becas/Subvenciones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Plusvalía | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Inversiones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos | Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

- | | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|--|-------------|----------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otras deducciones | Tipo: _____ | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | | | | |

30. INGRESO ANUAL: Complete solamente si su ingreso cambia de mes en mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente.

Su ingreso total **este año** \$ _____ Su ingreso total **el próximo año** (si piensa que será diferente) \$ _____

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



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdesese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo _____		5. Parentesco (ejemplos: madre, padre, hija, hijo, etc.) El parentesco de esta persona con: PERSONA 1: _____
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	3. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
4. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN.		

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

Caso que no, indique la dirección: _____

7. Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

8. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro _____

9. ¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Usted puede solicitar el seguro médico aun si no presenta una declaración de impuestos federales.)

SÍ. Caso que sí, responda a las preguntas a–c. **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Caso que sí, nombre del cónyuge: _____

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

Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

10. ¿Está la PERSONA 2 embarazada? Sí No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

11. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?

(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Caso que sí, conteste todas las preguntas de abajo. **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 5.

12. ¿Tiene la PERSONA 2 problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)? Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

13. ¿Vive la PERSONA 2 en una instalación médica u hogar de ancianos? Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

14. ¿Desea ayuda la PERSONA 2 para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? Sí No

15. ¿Vive la PERSONA 2 con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? Sí No

16. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____

b. ¿Tenía Medicaid? Sí No c. ¿Cuantos años tenía la PERSONA 2 cuando salió de tutela temporal? _____

17. ¿Tuvo la PERSONA 2 seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? Sí No

a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

18. ¿Es la PERSONA 2 estudiante de tiempo completo? Sí No

19. ¿Es la PERSONA 2 ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

Caso que sí, ¿nacido PERSONA 2 en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? Sí No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____

Caso que no, ¿tiene la PERSONA 2 estatus migratorio elegible? Sí No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____

c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____

e. ¿Vive la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996? Sí No f. ¿Es la PERSONA 2 o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 2 (Siga con PERSONA 2)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

Empleado

Si la PERSONA 2 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.

Sin empleo

Vaya a la pregunta 30.

Por cuenta propia

Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador (_____) _____ - _____
22. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA	

TRABAJO ACTUAL 2: (Si PERSONA 2 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador	25. Número de teléfono del empleador (_____) _____ - _____
26. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA	

28. **En el último año, la PERSONA 2:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si PERSONA 2 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) PERSONA 2 que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. OTROS INGRESOS DE ESTE MES: Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 la recibe.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sustento de Menores \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Los pagos de los Veteranos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Becas/Subvenciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Plusvalía \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia con la PERSONA 2 recibe. Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes en mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 2, pase a la persona siguiente.

Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$ _____	Ingreso total de la PERSONA 2 el próximo año (si piensa que será diferente) \$ _____
---	--

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



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 3

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdesese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo _____		5. Parentesco (ejemplos: madre, padre, hija, hijo, etc.) El parentesco de esta persona con: PERSONA 1: _____ PERSONA 2: _____
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	3. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
4. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN.		

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

Caso que no, indique la dirección: _____

7. **Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

8. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____

9. **¿Piensa la PERSONA 3 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

(Usted puede solicitar el seguro médico aun si no presenta una declaración de impuestos federales.)

SÍ. Caso que sí, responda a las preguntas a–c. **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 3 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Caso que sí, nombre del cónyuge: _____

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

Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 3 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 3 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

10. ¿Está la PERSONA 3 embarazada? Sí No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

11. **¿Necesita la PERSONA 3 cobertura médica?**

(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Caso que sí, conteste todas las preguntas de abajo. **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 9.

12. ¿Tiene la PERSONA 3 problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)? Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

13. ¿Vive la PERSONA 3 en una instalación médica u hogar de ancianos? Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

14. ¿Desea ayuda la PERSONA 3 para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? Sí No

15. ¿Vive la PERSONA 3 con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? Sí No

16. ¿Estuvo la PERSONA 3 bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____

b. ¿Tenía Medicaid? Sí No c. ¿Cuántos años tenía la PERSONA 3 cuando salió de tutela temporal? _____

17. ¿Tuvo la PERSONA 3 seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? Sí No

a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

18. ¿Es la PERSONA 3 estudiante de tiempo completo? Sí No

19. ¿Es la PERSONA 3 ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

Caso que sí, ¿nacido PERSONA 3 en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? Sí No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____

Caso que no, ¿tiene la PERSONA 3 estatus migratorio elegible? Sí No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____

c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____

e. ¿Vive la PERSONA 3 en los EE.UU. desde 1996? Sí No f. ¿Es la PERSONA 3 o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 3 (Siga con PERSONA 3)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

Empleado

Si la PERSONA 3 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.

Sin empleo

Vaya a la pregunta 30.

Por cuenta propia

Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador _____ 21. Número de teléfono del empleador
(_____) _____ - _____

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
\$ _____ Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

TRABAJO ACTUAL 2: (Si PERSONA 3 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador _____ 25. Número de teléfono del empleador
(_____) _____ - _____

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
\$ _____ Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

28. **En el último año, la PERSONA 3:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. **Si PERSONA 3 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) PERSONA 3 que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 3 la recibe.

- | | | | | | |
|---|----------|--|---|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | | <input type="checkbox"/> Sustento de Menores | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Los pagos de los Veteranos | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Becas/Subvenciones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Plusvalía | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Inversiones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos | Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia con la PERSONA 3 recibe. Si la PERSONA 3 paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

- | | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|--|-------------|----------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otras deducciones | Tipo: _____ | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | | | | |

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 3 cambia de mes en mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 3, pase a la persona siguiente.

Ingreso total de la PERSONA 3 este año	Ingreso total de la PERSONA 3 el próximo año (si piensa que será diferente)
\$ _____	\$ _____

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



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 4

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdesese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo _____		5. Parentesco (ejemplos: madre, padre, hija, hijo, etc.) El parentesco de esta persona con: PERSONA 1: _____ PERSONA 2: _____ PERSONA 3: _____
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	3. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
4. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ - ____ Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN.		

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

Caso que no, indique la dirección: _____

7. **Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

8. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____

9. **¿Piensa la PERSONA 4 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

(Usted puede solicitar el seguro médico aun si no presenta una declaración de impuestos federales.)

SÍ. Caso que sí, responda a las preguntas a–c. **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 4 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Caso que sí, nombre del cónyuge: _____

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

Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 4 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 4 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

10. ¿Está la PERSONA 4 embarazada? Sí No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

11. **¿Necesita la PERSONA 4 cobertura médica?**

(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Caso que sí, conteste todas las preguntas de abajo. **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 9.

12. ¿Tiene la PERSONA 4 problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)? Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

13. ¿Vive la PERSONA 4 en una instalación médica u hogar de ancianos? Sí No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

14. ¿Desea ayuda la PERSONA 4 para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? Sí No

15. ¿Vive la PERSONA 4 con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? Sí No

16. ¿Estuvo la PERSONA 4 bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____

b. ¿Tenía Medicaid? Sí No c. ¿Cuántos años tenía la PERSONA 4 cuando salió de tutela temporal? _____

17. ¿Tuvo la PERSONA 4 seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? Sí No

a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

18. ¿Es la PERSONA 4 estudiante de tiempo completo? Sí No

19. ¿Es la PERSONA 4 ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

Caso que sí, ¿nacido PERSONA 4 en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? Sí No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____

Caso que no, ¿tiene la PERSONA 4 estatus migratorio elegible? Sí No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).

a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____

c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____

e. ¿Vive la PERSONA 4 en los EE.UU. desde 1996? Sí No f. ¿Es la PERSONA 4 o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 4 (Siga con PERSONA 4)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

Empleado

Si la PERSONA 4 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.

Sin empleo

Vaya a la pregunta 30.

Por cuenta propia

Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador (____) _____ - _____
22. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA	

TRABAJO ACTUAL 2: (Si PERSONA 4 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador	25. Número de teléfono del empleador (____) _____ - _____
26. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas \$ _____ <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA	

28. **En el último año, la PERSONA 4:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. **Si PERSONA 4 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) PERSONA 4 que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? \$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 4 la recibe.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Sustento de Menores \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Los pagos de los Veteranos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Becas/Subvenciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Plusvalía \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia con la PERSONA 4 recibe. Si la PERSONA 4 paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones Tipo: _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 4 cambia de mes en mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 4, pase a la persona siguiente.

Ingreso total de la PERSONA 4 este año \$ _____	Ingreso total de la PERSONA 4 el próximo año (si piensa que será diferente) \$ _____
---	--

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

Si tiene más de 4 personas por incluir, visite al www.medicaid.la.gov para descargar e imprimir páginas adicionales o saque copia de las páginas 8 y 9 y complete.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al 1-888-342-6207. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-888-342-6207, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-220-5404.

STEP 3

Familiar(es) Indio Americanos o Nativos de Alaska (IA/NA)

1. ¿Es usted o algún familiar Indio Americano o Nativo de Alaska?

- NO. Caso que no**, vaya al Paso 4.
- SÍ. Caso que sí**, hay que completar e incluir el Anexo B.

STEP 4

Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para quien necesite la cobertura médica.

1. ¿Está inscrito alguien ahora en una de las siguientes coberturas?

- SÍ. Caso que sí**, indique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen. **NO.**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Seguro por el empleador _____ |
| <input type="checkbox"/> CHIP _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ | Número de la póliza: _____ |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber) | ¿Es esta una cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | ¿Es un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Programas de cuidado de salud VA _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| | Número de la póliza: _____ |
| | ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

2. ¿Se le ofrece a alguien indicado en esta solicitud cobertura médica a través de un trabajo? Puede ser de su propio trabajo o del trabajo ajeno, como del padre o del cónyuge.

- SÍ. Caso que sí**, hay que completar e incluir el Anexo A.
- ¿Es éste un plan de beneficios para empleados estatales? Sí No
- Caso que sí**, ¿quién puede obtener cobertura? _____
- NO. Caso que no**, vaya al Paso 5.

PASO 5

Lea y firme esta solicitud

- Comprendo que estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que proporcioné respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender. Si proporciono información falsa o incorrecta, sé que puedo estar sujeto a sanciones en virtud de la ley federal. Todas las personas que figuran en la solicitud me dieron su permiso para enviar su información al Departamento de Salud de Luisiana (Louisiana Department of Health, LDH) y recibir cualquier tipo de información sobre su elegibilidad y cobertura médica.
- Entiendo que LDH está autorizado a recoger la información pedida en esta solicitud y cualquier documentación adicional, incluso números de seguro social, bajo el **Paciente Protección y la Ley de Cuidado a Bajo Precio** (Ley Publico 111-148), como modificado por el **Acto de Cuidado de Salud y Educación Reconciliación de 2010** (Ley Publico 111-152), y el **Acto de Seguro Social**.
- Entiendo que proveer la información pedida (incluso números de seguro social) es voluntario. Sin embargo, obviando proveerlo puede retrasar o prevenir mi elegibilidad para cobertura con Medicaid o cualquier otro programa de seguro a bajo precio.
- Entiendo que LDH verificará la información que yo provea para confirmar que es verdadera. Doy permiso a LDH para contactar todas las fuentes necesarias para verificar esta información, procesar mi solicitud, determinar elegibilidad, y operar el programa de Medicaid. Estas fuentes pueden incluir:
 - Agencias federales (tal como el Servicio de Impuestos Internos, Administración de Seguro Social, y Departamento de Seguridad Nacional), otras agencias del estado, y/o agencias gubernamentales locales.
 - Bancos, instituciones financieras, y agencias de reporte al consumidor.
 - Doctores u otros proveedores médicos.
 - Empleadores identificados en solicitudes para determinaciones de elegibilidad.
 - Solicitantes/inscritos, y representativos autorizados de solicitantes/inscritos.
 - LDH contratistas cometidos a desarrollar una función para el programa de Medicaid.
 - Cualquier otra persona requerida o permitida por la ley.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 5

Lea y firme esta solicitud (continuado)

- Autorizo a estas fuentes para proveer a LDH cualquier información sobre mi, o cualquier otra persona necesaria para esta solicitud, que pueda pedir. Entiendo que este permiso terminará cuando la solicitud está negada, cuando termine mi elegibilidad, o cuando yo envíe una declaración escrita a LDH para cancelar el permiso, cualquier a que ocurra primero.
- Entiendo que los números de seguro social estarán utilizados puramente para recoger información de estas fuentes afueras, tomar determinaciones de elegibilidad, o para otros propósitos directamente conectado a la administración del programa de Medicaid.
- Yo sé que debo reportar cualquier cambio a Medicaid tal como cambios de dirección, ingreso o número de teléfono. Yo puedo visitar al www.medicaid.la.gov o llamar al **1-888-342-6207** para reportar cambios. Entiendo que cambios en mi información pueden afectar a la elegibilidad de miembro(s) de la casa.
- Entiendo que bajo ley federal no se permite la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo registrar queja de discriminación visitando al www.hhs.gov/ocr/office/file, llamando al US DHHS Regional Office for Civil Rights al **1-800-368-1019**, o escribiendo al LDH al **PO Box 4818, Baton Rouge, Louisiana 70821**.
- Yo afirmo que nadie que aparece en la solicitud está encarcelado o detenido, y que lo tengo que reportar caso que sí.

¿Se encuentra preso algún solicitante?

Sí No **Caso que sí, ¿quién se encuentra preso?:** _____

Renovación de la cobertura en años próximos

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la ayuda de pago de la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir al Medicaid usar los datos de ingresos, inclusive la información de la declaración de impuestos. El Medicaid me enviará un aviso, dejándome realizar cualquier cambio y tengo la opción de exclusión en cualquier momento.

Sí, renueva mi elegibilidad automáticamente para los próximos (elegir uno): 5 años 4 años 3 años 2 años 1 año
 No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Si algún solicitante es elegible para el Medicaid

Por firmar y entregar esta solicitud, yo entiendo que si alguien se inscriba en Medicaid, yo doy a LDH nuestros derechos a cualquier dinero debido a nosotros por otro seguro médico, acuerdo legal, un cónyuge o padre, u otro tercero.

Sé que voy a pedir que cooperar con la agencia que recoge el apoyo médico de un padre ausente. Si pienso que cooperar para recoger apoyo médico me va a hacer daño o a mis hijos, puedo decirle a la agencia y me permite no tener que cooperar.

Acuerdo Desacuerdo (*Selección de desacuerdo puede afectar su elegibilidad para Medicaid.*)

Recuperación de Bienes

Yo entiendo que las reglas de Recuperación de Bienes obligan al Medicaid de Louisiana recuperar el costo de algunos pagos de las bienes del solicitante. Estos costos incluyen la cantidad total de los pagos a hogares y otras instalaciones médicas, cuidados del hospital, pagos a los proveedores HCBS o PACE, y recetas recibidos a los 55 años o mayor. Las bienes son las posesiones de uno al momento de la muerte. El Medicaid no presentará una demanda contra las bienes mientras viva el solicitante o su cónyuge. El Medicaid tampoco presentará demanda si el solicitante tiene hijo dependiente menor de 21 años, o ciego, o discapacitado. Puede que no se realice el reclamo si no le resulta económico al Medicaid, o si les causaría adversidad a los herederos. Puede existir adversidad si las bienes son la única fuente de ingresos a los herederos, si está limitado ese ingreso o si hay otras situaciones convincentes.

Derecho de apelar

Si yo creo que el Mercado de Seguros Medicos o Medicaid de Louisiana ha cometido un error, yo puedo apelar la decisión. Apelar significa informar al Mercado o al Medicaid que opino que la acción es incorrecta, y pedir una revisión justa de la acción. Entiendo averiguar cómo apelar llamando al Medicaid al **1-888-342-6207**. Yo entiendo que otra persona me puede representar en el trámite. La elegibilidad y otra información importante se me explicará.

Firme esta solicitud

La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando proporcione la información requerida en el Anexo C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------	--------------------



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 6

Envíe por correo su solicitud completada

Envíe por correo su solicitud firmada a:

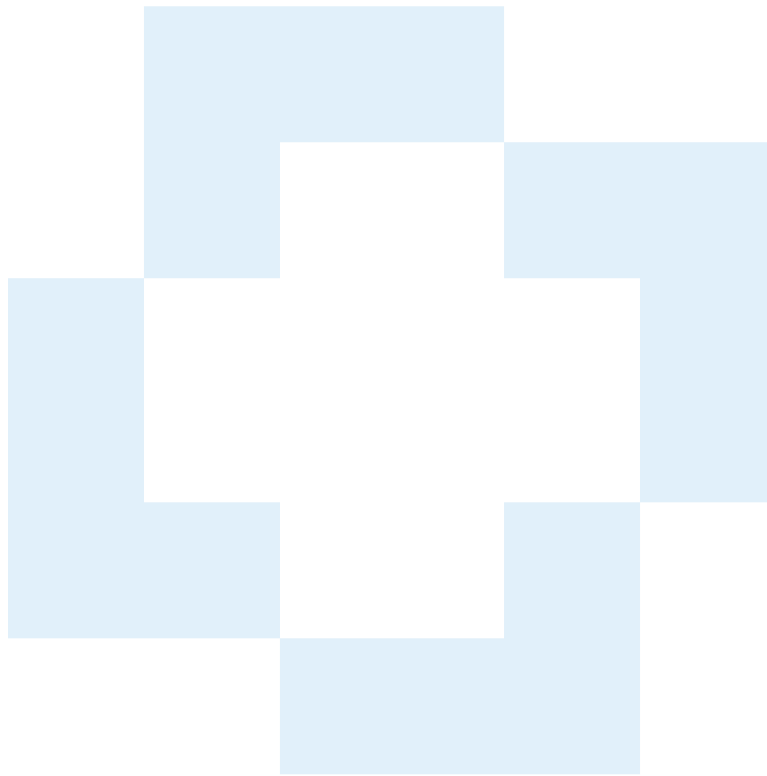
Medicaid Application Office

P.O. Box 91278

Baton Rouge, LA 70821-9893

Envíe por fax su solicitud firmada a:

1-877-523-2987



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ANEXO A

Cobertura de Salud del Trabajo

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos sobre el **trabajo** que ofrece la cobertura.

Lleve el Formulario de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado ____ - ____ - _____
--	--

Información del EMPLEADOR


3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación Patronal (EIN) ____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador (____) _____ - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (____) _____ - _____	12. Dirección de correo electrónico	

<p>13. ¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar)</p> <p>13a. Si usted está en un plazo de espera o de prueba, ¿cuándo se puede inscribir en la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa)</p> <p>Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.</p> <p>Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)</p>

Díganos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar. a. ¿Cuánto de primas tendría que pagar el empleado para este plan? \$ _____ b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
16. ¿Qué cambio hará el empleado para el año nuevo del plan (si se sabe)? <input type="checkbox"/> El empleado no ofrecerá cobertura de salud. <input type="checkbox"/> El empleado comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.) a. Cuánto de primas tendría que pagar el empleado para ese plan? \$ _____ b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

FORMULARIO DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Anexo A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Anexo se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros del Anexo A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Anexo A.

Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.



Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado _____ - _____ - _____
--	--



Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación Patronal (EIN) _____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador (_____) _____ - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) (_____) _____ - _____	12. Dirección de correo electrónico	

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

Sí (continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso por un plazo de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?
(mm/dd/aaaa) _____

No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador.

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

Sí No **Caso que sí, ¿a quién cubre?** Esposo/a Dependiente(s)

14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo*?

Sí (Vaya a la pregunta 15) No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo* ofrecido solamente al empleador (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuánto es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar.

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

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE y devuélvale el formulario al empleado..

16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año?

El empleador no ofrecerá un seguro médico

El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto de primas tendría que pagar el empleado para ese plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

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

* Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al 1-888-342-6207. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-888-342-6207, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-220-5404.

ANEXO B

Familiar(es) Indio Americanos o Nativos de Alaska (IA/NA)

Complete este anexo si usted o algún familiar es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para Cobertura de Salud.

Díganos sobre su(s) familiar(es) Indio Americanos o Nativos de Alaska.

Puede que los Indios Americanos y Nativos de Alaska no tengan que pagar los costes compartidos y reciban plazos mensuales especiales de inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, saque copia de esta página y adjúntela.

	IA/NA PERSONA 1	IA/NA PERSONA 2
1. Nombre	Primer nombre Segundo nombre	Primer nombre Segundo nombre
	Apellido	Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Sí Caso que sí, ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Caso que sí, ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Esta persona ha recibido servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, de un programa urbano de salud para indios, o con referido de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Caso que no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con referido de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Caso que no, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con referido de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Puede que ciertos fondos recibidos no se cuenten. Indique los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan fondos de estas fuentes. Marque todos los que correspondan, y dé el monto y la frecuencia.	<input type="checkbox"/> Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Dinero de la venta de cosas que tienen significado cultural \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ <input type="checkbox"/> Dinero de la venta de cosas que tienen significado cultural \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ESTA PÁGINA
INTENCIONALMENTE
IZQUIERDA EN BLANCO.

ANEXO C

Asistencia para completar esta solicitud

Para el solicitante o afiliado de Medicaid: Usted puede elegir un representante autorizado

Puede dar permiso a una persona de confianza para que hable sobre su elegibilidad para Medicaid con nosotros, consulte su información y actúe en su nombre cuando se traten asuntos relacionados con su solicitud o renovación. Esta persona se denomina "representante autorizado". No tiene la obligación de nombrar a ninguna persona u organización como su representante autorizado. Si en algún momento necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Medicaid. Si usted es el representante legal de un solicitante o afiliado, presente constancia ante Medicaid.

Seleccione lo que desea que su representante autorizado pueda hacer (marque todas las opciones que correspondan):

- Responder una solicitud en su nombre.
- Completar y entregar un formulario de renovación en su nombre.
- Recibir avisos y otros comunicados de Medicaid en su nombre (Si se selecciona esta opción, todo el correo se enviará únicamente a la dirección del representante autorizado.)
- Actuar en su nombre cuando se tratan todos los asuntos relacionados con su caso de Medicaid y recibir información sobre su caso de Medicaid.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) o nombre de la organización		
2. Dirección		3. Apartamento o número de suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono: (___ ___) ___ ___ - ___ ___ ___		8. Número de ID (según corresponda)

Al firmar a continuación, comprendo que estoy designando al representante autorizado que mencioné anteriormente para realizar las acciones que seleccioné. Comprendo que esta designación permanecerá vigente hasta que decida cancelarla.

Comprendo que toda la información que se recopile sobre mi situación y las personas de las que soy legalmente responsable es personal y confidencial. Mi decisión de nombrar a un representante autorizado es opcional, se toma de manera voluntaria y no me exime de mi responsabilidad de participar activamente en el proceso de elegibilidad para Medicaid. Comprendo que la función del representante autorizado es acompañarme, asistirme y representarme durante el proceso de determinación de elegibilidad, y ayudarme a obtener la documentación financiera, médica o de otro tipo necesaria para que Medicaid determine mi elegibilidad para Medicaid. Comprendo que, si bien parte de la información que se recopila puede no afectar mi elegibilidad para Medicaid, puede afectar mi responsabilidad ante un tercero si es mi representante autorizado quien divulga esta información a dicho tercero. Por la presente, eximo al Departamento de Salud de Luisiana de cualquier reclamación producto de la divulgación de información a un tercero por parte de mi representante autorizado. Comprendo que si esta autorización no se firma en presencia del personal de Medicaid, este puede verificar dicha designación

9. Su nombre (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)	
10. Nombre del solicitante o afiliado (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) (si firma en carácter de su representante legal)	
11. Su parentesco con el solicitante o afiliado (si firma en carácter de su representante legal)	
12. Número de Seguro Social (SSN) o ID del caso del solicitante o afiliado	
13. Su firma	14. Fecha (mm/dd/yyyy)

Continúa en la siguiente página...



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ANEXO C (continuación)

Para el representante autorizado

Al firmar a continuación, el representante autorizado acuerda lo siguiente: 1) aceptar la responsabilidad de cumplir con todas las responsabilidades comprendidas en el ámbito de la representación autorizada en la misma medida que la persona representada; 2) mantener, o estar legalmente obligado a mantener, la confidencialidad de cualquier información relacionada con la persona representada provista por el Departamento de Salud de Luisiana; 3) cumplir con las disposiciones del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Parte 431, Subparte F y el Título 45 del CFR 155.260(f) (en relación con la confidencialidad de la información), el Título 42 del CFR 447.10 (en relación con la prohibición de reasignar las reclamaciones de los proveedores según corresponda a un centro o a una organización que actúe en nombre del centro), así como otras leyes estatales y federales pertinentes relacionadas con los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información. Si el representante autorizado es una organización, esta sección se debe completar y firmar por todas las personas que actuarán en nombre de la organización y que aceptan las condiciones de este acuerdo. Al firmar a continuación, certifica bajo pena de perjurio que toda la información provista en nombre de la persona representada es verdadera y precisa a su leal saber y entender.

15. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) o nombre de la organización

16. Número de ID (según corresponda)

17. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo) (según corresponda)

18. Firma del representante autorizado o de la persona que actúa en nombre de la organización

19. Fecha (mm/dd/yyyy)

Nombre de las personas adicionales que actuarán en nombre de la organización (según corresponda):

20. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

21. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

22. Fecha (mm/dd/yyyy)

23. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

24. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

25. Fecha (mm/dd/yyyy)

26. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

27. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

28. Fecha (mm/dd/yyyy)

29. Nombre de la persona que actúa en nombre de la organización (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)

30. Firma de la persona que actúa en nombre de la organización

31. Fecha (mm/dd/yyyy)



ANEXO D

Bienes Personales (opcional)

Favor completar esta apéndice opcional si alguien solicitando tiene una incapacidad física, mental o emocional que causa limitaciones en actividades (tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.), vive en una facilidad medical o una residencia de ancianos, o tiene 65 años o más.

¿TIENE ALGUIEN EN SU CASA...	VALOR DEL ACTIVO (estimación más probable)	DESCRIBA ESTE ACTIVO (incluya nombres del banco y otras compañías)
Cuenta chequera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Vehículos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Propiedad aparte de la casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Certificados de depósito (CD) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Anualidades, Fideicomisos, Acciones, Bonos, o Cuentas de Jubilación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Seguro de vida/entierro. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Dinero reservado para entierro o contrato de necesidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Cajas de seguridad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	
Otro (Describir en detalle) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De quién pertenece? _____	\$ _____	



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ESTA PÁGINA
INTENCIONALMENTE
IZQUIERDA EN BLANCO.

ANEXO E

La elección de un plan médico y dental

Muchas personas que reciben Medicaid o LaChip necesitan elegir un plan médico y dental también. Estos planes reúnen grupos de doctores, enfermeras, dentistas, y otros profesionales que trabajan juntos para proporcionar el cuidado de salud. Para más información sobre los diferentes planes médicos y dentales visite www.healthy.la.gov. Si sabe el plan médico o plan dental que desea, por favor elija ahora. Si no hace una selección, y necesita un plan médico o dental, lo elegiremos para usted.

¿Qué plan es la mejor opción para Usted?

Todos planes médicos deben ofrecer la misma cobertura médica, así como todos planes dentales. Algunos planes ofrecen beneficios adicionales. Puede elegir un plan médico y dental diferente para cada persona aprobada para Medicaid completo.

¿Cómo elegir un plan?

1. Cuando elije usted un plan lo primero que debe considerar es si su proveedor actual forma parte de este plan. Comuníquese con sus doctores para averiguar cuáles son los planes que aceptan.
2. Para más información sobre los planes que puede elegir, visite a www.healthy.la.gov o llame al **1-855-229-6848**.

NOTA: Si elige un plan médico o plan dental para otra persona, por favor incluya este apéndice con su solicitud.

Yo elijo los siguientes planes para cada solicitante:

NOMBRE DE SOLICITANTE	SELECCIONE UN PLAN MÉDICO Y DENTAL PARA EL SOLICITANTE <i>(Por favor seleccione UN plan médico y UN plan dental solamente para cada persona)</i>
	<p>PLANES MÉDICOS</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>PLANES DENTALES</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>
	<p>PLANES MÉDICOS</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>PLANES DENTALES</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>
	<p>PLANES MÉDICOS</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>PLANES DENTALES</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>
	<p>PLANES MÉDICOS</p> <p><input type="checkbox"/> Aetna Better Health of Louisiana <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas Louisiana <input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Humana Healthy Horizons in Louisiana <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections</p> <p>PLANES DENTALES</p> <p><input type="checkbox"/> DentaQuest <input type="checkbox"/> MCNA Dental</p>

Si necesita incluir a más personas, visite www.medicaid.la.gov para bajar e imprima las páginas adicionales o haga una copia de esta página y llénela.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ESTA PÁGINA
INTENCIONALMENTE
IZQUIERDA EN BLANCO.

**ESTADO DE LOUISIANA
AGENCIAS DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTES
FORMULARIO DE DECLARACIÓN**

Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿desea inscribirse hoy para votar aquí? (Marque uno)

Yo quiero inscribirme para votar. No quiero inscribirme para votar.

SI NO ESCOGE NINGUNA DE LAS CAJAS, SE CONSIDERARÁ QUE USTED NO QUIERE INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Solicitar a inscribirse o declinar a inscribirse para votar **no afectará** la asistencia que puede recibir de esta agencia. Los requisitos de inscribirse para votar se encuentran en la solicitud de registro.

Nota: Si usted inscribese para votar, la localización donde entrega la solicitud quedará confidencial. Si usted declina a inscribirse para votar, su decisión se quedará confidencial. La decisión de solicitar para inscribirse o declinar a inscribirse para votar se usa **solamente** para propósitos de registro.

Si necesita ayuda a llenar la solicitud, le podemos ayudar. La decisión de buscar ayuda es suya. Indica abajo si usted necesita ayuda a llenar la solicitud o no. (Marque uno)

Si, necesito ayuda No, no necesito ayuda

Para asistencia en llenar la solicitud afuera de nuestra oficina, llama al Departamento de Salud y Hospitales al 1-888-342-6207.

Si llena la solicitud fuera de la oficina, manda esta forma y su solicitud (si ha llenado una) a la siguiente dirección; PO Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278.

Firma o marca	Nombre Escrito o Imprimido	Fecha
----------------------	-----------------------------------	--------------

Firma de dos testigos si firmado con marca:

1) _____ 2) _____

QUEJAS

Si usted cree que alguien le ha interferido con el derecho a inscribirse para votar o declinar a votar, el derecho a la privacidad en decidir o en solicitar a inscribirse para votar, o el derecho a escoger uno de los partidos políticos u otro preferencia política, puede quejarse al Secretario del Estado de Louisiana, Comisionado de Elecciones, PO Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 o por llamar al (225) 922-0900 o 1-800-883-2805

Comentarios (para uso oficial solamente):

ESTA PÁGINA
INTENCIONALMENTE
IZQUIERDA EN BLANCO.



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

OFFICIAL USE ONLY: WD: _____ PCT: _____ REG. TYPE: _____ IN/OUT: _____ REG. NO. _____

Please print clearly in ink, preferably black. **Reason for Application:** New Voter Registration Updating Voter Registration

Eligibility 1. Are you a citizen of the United States of America? Yes No If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. (Please see application instructions for information regarding eligibility to register prior to age 18.)
 Will you be 18 years of age on or before election day? Yes No

Name 2. LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____
 FULL MIDDLE OR MAIDEN NAME: _____ SUFFIX (Sr., Jr., II): _____

Residence Address (Where you live and claim homestead exemption, if any)
 3. HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX): _____ UNIT/APT #: _____
 CITY/TOWN: _____ STATE LA ZIP CODE: _____
 Check if no postal service at your residence address above and supply mailing address here.

Give Location (If Necessary)

Mailing Address (If different from Residence Address)
 HOUSE # & STREET/P.O. BOX: _____ UNIT/APT #: _____
 CITY/TOWN: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

Date of Birth 4. MM / DD / YYYY 5. *SSN XXX - XX - XXXX 6. Sex M F 7. Race (Optional) WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMERICAN INDIAN OTHER _____

Party Affiliation 8. DEMOCRAT GREEN LIBERTARIAN REPUBLICAN NO PARTY OTHER (Specify) _____
 9. **Place of Birth** CITY/TOWN: _____ STATE: _____
 PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____

Mother's Maiden Name 10. _____ 11. Email _____ 12. Phone Home: (____) _____ - _____
 Other: (____) _____ - _____

LA DL/ID Card # 13. _____
 I do not have a LA DL/ID card. 14. **Do you need assistance in voting?** No Yes, Reason: _____

Last Residence Address 15. HOUSE # & STREET: _____ STATE: _____
 CITY: _____ STATE: _____ 16. **Place of Last Registration** STATE: _____
 PARISH/COUNTY: _____ 17. **Former Registered Name, if any** _____

Attestation and Signature (Read and sign or make your mark.) 18. I do hereby solemnly swear or attest that I am a United States citizen, that I am of eligible age to register to vote, that I have not been incarcerated pursuant to an order of imprisonment for conviction of a felony within the past five years, nor am I under an order of imprisonment for a felony offense of election fraud or other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$2,000 (\$5,000 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 2 years (5 years for subsequent offense), or both.
 Applicant Signature: ⊗ _____ Date: _____

Witnesses (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.) 19. Witness #1 Signature: ⊗ _____ Witness #1 Print Name: _____
 Witness #2 Signature: ⊗ _____ Witness #2 Print Name: _____

* If you do not have a LA driver's license or LA special ID, the last four digits of your social security number are required if you have one. Full SSN is preferred but optional.

Note: If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. You may request a copy of your voter registration form at any time from the registrar of voters.

OFFICIAL USE ONLY

New Registration Updated Registration: Address Change Name Change Party Change Change to Assistance in Voting Other

REMARKS: _____

CIRCLE ONE: PA MV RG SDA SS (Disability) Received by: _____ Date: _____



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

APPLICATION INSTRUCTIONS

USE THIS LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION TO: 1) register to vote; 2) change your address; 3) request a name change; 4) change party affiliation; or 5) request assistance in voting.

TO REGISTER AND BE ELIGIBLE TO VOTE, AN APPLICANT MUST: 1) be a U.S. citizen; 2) be at least 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or with an application for a Louisiana driver's license) but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony or, if under such an order, not have been incarcerated pursuant to the order within the last five years and not be under an order of imprisonment related to a felony conviction for election fraud or any other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2; 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended; 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

Instructions: the gray section numbers on this page correspond to the gray section numbers on the application.

Reason for Application: Check "New Voter Registration" if this is a first time registration or if a new registration in a new parish after moving. Check "Updating Voter Registration" if you are making any change to your present registration. If new registration, fill out the form completely.

1. *Eligibility* - Federal law requires you to affirm that you are a citizen of the United States of America and that you will be 18 years of age on or before the election day in which you are eligible to vote. If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. If you are registering as a 16 or 17 year old, you may check "Yes" because you will not be allowed to vote until you are 18.
2. *Name* - You **must** provide your full name. Do not use nicknames or initials for middle or maiden name. *If this application is for a change of name, please also complete section 17: "Former Registered Name."*

Residence Address - "Residence Address" means the address (number, street, city, state, and zip) where you live and are registering to vote. Residence address **must** be the address where you claim homestead exemption, if any, except for a resident in a nursing home or veterans' home who may choose to use the address of the nursing home or veterans' home or the home where they have a homestead exemption. A college student may elect to use their home address or their address at school while attending. Do not use a post office box for your "Residence Address." If you use a rural route and box number, you may draw a map in box labeled "Give Location" to provide the exact location. Write in the names of the crossroads (streets) nearest to residence. Draw an X to show residence. Use a dot to show any schools, churches, stores, or landmarks near residence and write the name of the landmark.

Mailing Address - If you check that you do not receive postal service at your residence address, you **must** provide your mailing address (number, street, city, state, and zip). Otherwise, a mailing address may be provided and you may use a post office box for a mailing address.
4. *Birthdate* - Print your date of birth. *The month and day of your birth remains confidential by law.*

Social Security Number - If you do not have a LA driver's license or LA special identification card, you **must** provide the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number is preferred and may be provided on a voluntary basis and will be kept confidential. If you were not issued a social security number or a LA DL or ID and this form is submitted by mail, and you are registering to vote for the first time, in order to avoid additional identification requirements for first time voters you **must** attach one or more documents to prove your identity, residence, and date of birth. Documents may be: a) a copy of current and valid photo identification and/or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document. *Your SSN remains confidential and is only used for registration purposes.*
6. *Sex* - Check male or female (*for statistical purposes only*).
7. *Race* - Race/Ethnic origin is optional (*for statistical purposes only*).
8. *Party Affiliation* - You may choose to affiliate with the Democrat, Green, Libertarian, or Republican parties. You may specify any other party affiliation by checking "other" and then listing the party with which you wish to affiliate. If you do not want to register with a political party affiliation check "No Party." If you do not complete this section or if you write "Independent," your party affiliation will be listed as "No Party." If you are already registered with a party affiliation and no political party change is being made with this application, you may leave this section blank or re-enter your political party affiliation.
9. *Place of Birth* - Print the city/town, parish/county, state, and country of your birth place (*for statistical purposes only*).
10. *Mother's Maiden Name* - Print your mother's maiden name, which is her last name at her birth. If unknown, write "unknown."
11. *Email* - Give your email address for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Email addresses are protected from disclosure by law and are for official use only.*
12. *Phone* - Give your phone numbers for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Phone numbers are optional and a public record unless you make a request for your phone numbers to be kept confidential by election officials.*
13. *LA DL/ID Card #* - Print your LA driver's license or LA special identification card number, if issued. If you do not have one, check "I do not have a LA DL/ID card." *This ID number remains confidential and is for official use only.*
14. *Assistance in Voting Needed?* - Indicate if you will need assistance in voting by checking either the "No" or "Yes" box. If "Yes," write the reason for needing assistance. The registrar of voters in your parish may contact you for proof of disability.
15. *Place of Last Residence* - Print the address (number, street, city, and state) of your prior residence, if different from residence address in section 3 or write "Same."
16. *Place of Last Registration* - Print the state and parish (or county) of your last registration if you were registered in another parish or state prior to completing this application.

Important: *Contact the local election office in your prior state and cancel your prior registration. Registering in Louisiana does not automatically cancel or transfer your voter registration from another state.*
17. *Former Registered Name* - If you are using this application to make a name change to your registration, print your former registered name (name you are changing) in this section. If name changed by court order, provide a copy of the order with this application.
18. *Attestation and Signature* - Read the attestation and sign your full name or make your mark and print the date this application was signed and completed. *If assistance in registering is being provided, make sure the applicant understands what they are attesting and that they meet the requirements to register to vote.*
19. *Witnesses* - If you are unable to sign your name, you may make your mark, but it **must** be witnessed by two people or it is not valid. Whenever a document required or provided for in the Louisiana Election Code is required to be witnessed, the witness shall be at least 18 years of age (R.S. 18:4(A)).

Mailing Instructions - If returned by mail, place in an envelope and mail to your Registrar of Voters Office. You can find your registrar of voters mailing address on the Registrar of Voters Address Page, by visiting our website at www.geauxvote.com or by calling toll free at 1-800-883-2805. Your application or envelope **must** be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote. **Online Voter Registration** - Voter registration is also available at www.geauxvote.com and you may register online before the 20th day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.