

SOLICITUD DE

cobertura de atención médica

(y para averiguar si puede recibir ayuda para cubrir el costo)

<p>Utilice esta solicitud para averiguar a que cobertura de atención médica usted califica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de atención médica gratuita de Medicaid de Rhode Island o Rite Care. • Créditos fiscales que lo ayudan a pagar su factura mensual de seguro de salud. • Planes de seguros de salud privados.
<p>Agilice el proceso de solicitud en línea:</p>	<p>Agilice el proceso de solicitud ingresando a en las paginas electronicas www.healthsourceri.com, www.dhs.ri.gov o www.eohhs.ri.gov Esta solicitud contiene todas las preguntas que puede encontrar en nuestra pagina electronica. Varias páginas se repiten a fin de poder incluir a los miembros de familias numerosas. Lea las notas que aparecen en la parte superior de las secciones para averiguar si puede omitir alguna.</p>
<p>Información que puede ser necesaria para completar la solicitud:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Números de Seguro Social. • Fechas de nacimiento. • Números de pasaporte, extranjero u otros documentos de inmigración de todo inmigrante legal que necesite cobertura de atención médica. • Declaraciones impositivas previas, información sobre los ingresos de todos los adultos y menores de 19 años que deban presentar una declaración impositiva. • Información acerca de la cobertura de salud disponible para su grupo familiar. • Formularios W-2. • Formularios 1099. • Información sobre el seguro de salud del empleador, incluso si no tiene la cobertura del plan de seguro de su empleador.
<p>¿Por qué le solicitamos que proporcione tanta información?</p>	<p>Necesitamos la siguiente información para determinar a qué cobertura de atención médica usted califica. Se resguardará la confidencialidad de la información que proporcione de acuerdo con lo que dicta la ley.</p>
<p>Envíe la solicitud completa y firmada a la siguiente dirección:</p>	<p>HealthSource RI HZD Mailroom 74 West Road, Suite 900 Cranston, RI 02920-8413</p>
<p>Para obtener ayuda con esta solicitud:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visite las paginas electronicas: www.healthsourceri.com, www.dhs.ri.gov o www.eohhs.ri.gov. • Por teléfono, llame al Centro de Atención al Cliente al 1-855-609-3304 o al 1-888-657-3173 (TTY). • Para obtener ayuda en persona para completar la solicitud, visite las paginas electronicas www.healthsourceri.com, www.dhs.ri.gov o www.eohhs.ri.gov. También puede dirigirse a la siguiente dirección: 401 Wampanoag Trail, East Providence RI (de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.)

Definiciones

HealthSource RI: HealthSource RI es un recurso único que conecta a los residentes de Rhode Island con una variedad de opciones de seguros de salud. Proporciona las herramientas, los recursos y la información que necesita para permanecer informado y saludable. Si necesita un seguro para usted, su familia o sus empleados, encontrará todo lo que necesita para analizar sus opciones y elegir un plan adecuado. Nuestra página electrónica le permite comparar sus opciones de cobertura una por una en términos sencillos. Nuestros expertos están disponibles durante un horario extendido para ayudarlo con sus preguntas, inquietudes o problemas.

Independientemente del plan que elija, obtendrá los beneficios de salud esenciales, incluidas las consultas a médicos, las hospitalizaciones, el cuidado de maternidad, las emergencias y las recetas. También puede calificar para un crédito fiscal para ayudarlo a pagar el seguro. HealthSource RI también puede proporcionar información y asistencia en relación con las solicitudes de los programas públicos como Medicaid de Rhode Island.

Prima: la prima mensual es la cantidad que paga cada mes por su seguro de salud. Debe pagar la prima mensual a término cada mes a fin de mantener activo su seguro de salud. Con HealthSource RI, la prima puede debitarse directamente de su cuenta bancaria cada mes. También puede pagar con cheque o giro postal.

Deducible: el deducible es la cantidad que debe pagar por determinados servicios de atención médica antes de que el seguro de salud pague lo que le corresponde. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, el plan no pagará nada hasta que usted haya cancelado el deducible de \$1,000 por los servicios de atención médica cubiertos que están sujetos al deducible. Es posible que el deducible no se aplique sobre todos los servicios.

Créditos en Impuestos Fiduciarios Avanzados: HealthSource RI ofrece créditos en impuestos fiduciarios para ayudar a los residentes de Rhode Island a pagar por el costo del monto mensual de su seguro de salud. Estos créditos en impuestos están basados en quien está incluido como miembro del hogar, y en los ingresos generados en dicho hogar. La Cantidad de Créditos en Impuestos Fiduciario es pagada directamente a su proveedor de seguro de salud.

Reducciones de costos compartidos: las reducciones de costos compartidos reducen la cantidad de dinero que usted gasta en su atención médica. Pagará menos por los copagos, deducibles y coseguros cuando consulte al médico, visite un hospital u obtenga una receta médica. Estos descuentos por reducción de costos compartidos solo están disponibles en los planes Silver (Plata).

Cobertura esencial mínima: este es el tipo de cobertura que una persona debe tener para cumplir con el requisito de responsabilidad individual conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). Esto incluye pólizas individuales del mercado, cobertura subsidiada por el empleador, Medicare, Medicaid, el Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP, Children's Health Insurance Plan), TRICARE y otros planes que cubren los beneficios esenciales de salud.

Estándar de valor mínimo: un plan de salud cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan que le corresponde pagar del costo total de los beneficios del plan no es menor que el 60% de dicho costo. Si no tiene acceso a ningún tipo de cobertura de salud que cumpla con el estándar de valor mínimo, puede ser elegible para recibir créditos fiscales que lo ayuden a cubrir el costo del seguro.

Requisito de responsabilidad individual: a partir de 2014, el requisito de responsabilidad individual compartida exige que todas las personas tengan una cobertura mínima esencial de salud (conocida como cobertura mínima esencial) para cada mes, reúnan los requisitos para una exención o efectúen un pago al presentar su declaración de impuestos federales sobre la renta.

Programa Medicaid de Rhode Island: los programas de cobertura de salud pública para los residentes elegibles de Rhode Island se financian a través de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program). El programa Medicaid de Rhode Island ofrece atención médica a través de sus planes de contención del gasto de salud Rite Care para familias con hijos, las opciones de atención médica Rhody Health Partners y Connect Care para adultos y ancianos, y una serie de programas institucionales y comunitarios que ofrecen servicios y ayudas a largo plazo.

Cobertura de Atención Médica

Derechos y responsabilidades

Los siguientes son los derechos de los que goza con todos los programas de cobertura de salud. Es deber de HealthSource RI y la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (EOHHS, Rhode Island Executive Office of Health and Human Services) (la agencia de Medicaid del estado):

Ayudarlo a completar todos los formularios solicitados: puede ponerse en contacto con HealthSource RI o la EOHHS para recibir ayuda.

Brindarle servicios de interpretación o traducción sin costo alguno cuando se comunique con HealthSource RI o la EOHHS.

De conformidad con las leyes federales y estatales, y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, U.S. Department of Health and Human Services), **esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de la raza, color, nacionalidad (personas con dominio limitado del inglés), edad, sexo, discapacidades, religión, identidad de género o ideología política.** Para presentar un reclamo por discriminación, comuníquese por escrito con el HHS a la siguiente dirección: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201. También puede comunicarse a los teléfonos (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD). El HHS es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Las siguientes son las responsabilidades que tiene con todos los programas de cobertura de salud. Usted debe:

Proporcionar su número de Seguro Social (SSN, Social Security Number). Debe proporcionar el número de Seguro Social (SSN) de todos los miembros de su grupo familiar, incluido usted, que soliciten cobertura de salud, como Medicaid de Rhode Island, crédito fiscal anticipado para las primas (APTC, Advance Premium Tax Credits) y reducciones de costos compartidos (CSR, Cost Sharing Reductions), de conformidad con la Ley Federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910).

Los SSN se utilizan para comprobar la identidad, la ciudadanía, la condición de inmigración y los ingresos, así como para prevenir el fraude y verificar reclamos de atención médica. La información de los SSN también se utiliza en conjunto con otras agencias federales y estatales, incluido el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), para

administrar nuestros programas y cumplir con lo que dicta la ley.

Si la agencia se lo solicita, debe proporcionar toda información o documentación necesarios para determinar su elegibilidad.

Debe comunicar cambios en los ingresos, integrantes del grupo familiar y demás información incluida en la solicitud tan pronto como sea posible.

Lo que debe saber acerca de todos los programas de cobertura de salud:

Determinadas leyes federales y estatales rigen el funcionamiento de HealthSource RI y la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, Executive Office of Health and Human Services), sus derechos y responsabilidades como usuario de HealthSource RI y la cobertura obtenida a través de HealthSource RI y la EOHHS. Al completar esta solicitud, acepta cumplir con dichas leyes y la cobertura obtenida de conformidad con ellas.

La Ley de Inscripción Nacional de Electores de 1973 (National Voter Registration Act of 1973) exige que todos los estados brinden ayuda para la inscripción de electores a través de sus oficinas de asistencia pública. El hecho de inscribirse para votar o negarse a hacerlo no afectará los servicios o beneficios que le proporcionará esta agencia. Puede inscribirse para votar en la página electrónica <http://www.elections.ri.gov/voting/registration.php>.

Puede solicitar una apelación. Si no está de acuerdo con una determinación que tomó HealthSource RI respecto de su elegibilidad, tiene derecho a apelar dicha decisión. De acuerdo con la Norma N.º 0110 de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, Executive Office of Health and Human Services), denominada "Reclamos y audiencias", puede presentar una apelación de una determinación de elegibilidad y el caso será atendido por un oficial de audiencia. Debe presentar una apelación en un plazo de 30 días que comienza cinco días después de la fecha en que HealthSource RI le envió la notificación por correo electrónico (fecha de transmisión) o por correo postal (fecha del matasellos). Luego de recibir la notificación, puede solicitar una apelación. La notificación contiene información sobre cómo solicitar una apelación. Comuníquese con HealthSource RI al teléfono (855)712-9158 si tiene alguna pregunta.

Si se trata de una apelación de una determinación sobre la cobertura de Medicare de Rhode Island que no se resolvió con una revisión del caso, se programará una audiencia administrativa.

Puede solicitar servicios para el cumplimiento de la manutención a través de la Oficina de Servicios de Manutención de Menores. Para obtener una solicitud de estos servicios, visite la página electrónica <http://www.cse.ri.gov/> o acérquese a la dependencia local de la Oficina de Servicios de Manutención de Menores (Office of Child Support Services), cuya dirección es 77 Dorrance St, Providence RI 02903.

Las restricciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, Health Insurance Portability and Accounting Act) nos impiden dar a conocer su información de salud o la de cualquier miembro del grupo familiar a cualquier persona, incluso a un representante autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o que usted haya firmado un formulario de consentimiento que autoriza la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información de salud mental, los resultados de pruebas de VIH, SIDA o ETS, o el tratamiento y los servicios para la dependencia de sustancias químicas.

La información que proporcione a HealthSource RI o a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, Executive Office of Health and Human Services) será sometida a verificación por parte de organismos estatales y federales. A fin de evaluar su solicitud y determinar si reúne los requisitos para recibir ayuda para el pago de su cobertura de atención médica, HealthSource RI y la EOHHS deben obtener información confidencial financiera y de otra naturaleza por parte de las agencias estatales y federales. Este proceso también puede incluir contactos de seguimiento por parte del personal de la agencia.

HealthSource RI y EOHHS también recurrirán al Departamento de Trabajo y Formación de Rhode Island (Rhode Island Department of Labor and Training) para verificar la información sobre su empleo y remuneración. Si otorga este consentimiento, se simplificará el proceso de solicitud y determinación.

Se protegerá su información personal tal como se describe en la Política de privacidad de HealthSource RI, que se encuentra a su disposición. Puede ponerse en contacto con HealthSource RI para solicitar una copia.

HealthSource RI no es responsable de la administración de su plan de seguro de salud comercial. Su empresa de seguro de salud le puede brindar más información acerca de sus beneficios.

Si tiene preguntas acerca de las condiciones de su plan de seguro de salud, por ejemplo, sobre los beneficios para los que es elegible, los gastos de bolsillo correspondientes a su plan y cómo reclamar un beneficio o apelar una denegación de beneficios, debe comunicarse con su empresa de seguros de salud. Si es elegible de acuerdo con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) luego de la rescisión de una cobertura de seguro de salud, la responsabilidad por la administración y

el envío de los avisos y períodos de elección de COBRA recae sobre su antiguo empleador o emisor.

No cancele ninguna cobertura de seguro vigente ni rechace los beneficios de COBRA hasta que reciba la carta de aprobación y la póliza de seguro, también conocida como contrato o certificado de seguro, por parte de la empresa de seguros de su elección. Asegúrese de comprender y aceptar las condiciones de la póliza, y preste especial atención a la fecha de entrada en vigencia, los períodos de espera, el monto de la prima, los beneficios, las limitaciones, exclusiones y cláusulas adicionales.

Sus derechos exclusivos de Medicaid de Rhode Island. Es deber de HealthSource RI y la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, Executive Office of Health and Human Services): Otorgarle un plazo de 10 días para proporcionar la información requerida. Dicho período comienza cinco días después de la fecha de envío de la solicitud de información adicional por correo electrónico (fecha de transmisión) o por correo postal de EE. UU. (fecha del matasellos). Si no nos proporciona la información o solicita una prórroga, podemos denegar, rescindir, suspender o modificar su cobertura de atención médica.

Notificarlo, por lo general, con al menos 10 días de anticipación a la interrupción de la cobertura de atención médica.

Comunicarle por escrito la decisión, por lo general, en un plazo de 30 días. Si la cobertura de atención médica requiere una determinación de discapacidad o nivel de atención médica, puede demorar hasta 90 días.

Continuar brindándole la cobertura de Medicaid de Rhode Island mientras decidimos si es elegible para otro programa.

Sus responsabilidades exclusivas de Medicaid de Rhode Island. Usted debe:
Comunicar todo cambio en la información declarada en la solicitud dentro de los 10 días posteriores al cambio.

Colaborar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores (Office of Child Support Services) si recibe la cobertura de Medicaid de Rhode Island. Debe ayudar a establecer, modificar o hacer cumplir la manutención de los menores que tiene a cargo, así como establecer la paternidad (si fuese necesario). Si puede demostrar que tiene motivos válidos para creer que la colaboración con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores representa para usted, sus hijos o los menores que tiene a cargo un riesgo de sufrir lesiones por parte del padre o la madre que no tiene la custodia, puede alegar que tiene un motivo legítimo para no colaborar.

Colaborar con el personal de Control de Calidad cuando se lo soliciten.

Postularse y hacer un esfuerzo razonable por obtener posibles ingresos de otras fuentes cuando solicite o reciba la cobertura de Medicaid de Rhode Island.

Lo que debe saber sobre Medicaid de Rhode Island específicamente:

Al solicitar y recibir los beneficios de Medicaid de Rhode Island, le otorga al estado de Rhode Island los derechos de toda manutención médica y pago de terceros por atención médica, incluso del seguro de responsabilidad frente a terceros. Cuando recibe los beneficios de Medicaid de Rhode Island, cede sus derechos de manutención médica a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores (Office of Child Support Services).

Si deja de recibir los beneficios de Medicaid de Rhode Island, debe comunicar a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores todo cambio que concierna a la manutención médica, por ejemplo, si su hijo se muda o si usted cambia de dirección.

Por ley (Sección 40-8-15 de las Leyes Generales de Rhode Island), si tiene 55 años o más Y recibe los servicios de Medicaid de Rhode Island, Medicaid puede cobrar de su patrimonio sucesorio (los bienes que posee al momento de su fallecimiento) los costos de asistencia médica cubiertos por Medicaid. Esto se denomina RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO SUCESORIO. Las tierras pertenecientes a tribus y ciertas propiedades que pertenecen a los nativos americanos y nativos de Alaska pueden estar exentas de la recuperación. Si tiene herederos dependientes, es posible que la recuperación del patrimonio sucesorio no se realice o se postergue por razones de dificultad extrema.

La recuperación del patrimonio sucesorio solo se efectúa después de su fallecimiento. Medicaid puede cobrar los costos de los servicios de cuidado de la salud a largo plazo financiados exclusivamente por el estado que haya recibido a cualquier edad.

Puede estar limitado a un único proveedor de atención médica, farmacia u hospital si solicita a los proveedores servicios de atención médica innecesarios.

Se podrá reanudar o restablecer la cobertura de salud, lo que se conoce como “asistencia pendiente”, si apela una decisión que afecta su elegibilidad o el alcance de su cobertura y servicios de salud. Debe solicitar la asistencia pendiente durante el período de preaviso de 10 días que comienza cinco días después de la fecha en que la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, Executive Office of Health and Human Services) lo notifica sobre la elegibilidad o el cambio en la cobertura de salud por correo electrónico o correo postal de los EE. UU.

Lo que debe saber sobre los planes de salud calificados específicamente:

Si se inscribe en un plan de salud calificado a través HealthSource RI y no proporciona información suficiente que le permita a HealthSource RI verificar su elegibilidad

para comprar un plan o recibir un plan de costo reducido, o bien si la información que proporciona no se puede verificar, tiene 90 días para proporcionar información adicional a fin de satisfacer los requisitos de elegibilidad de HealthSource RI. Durante este período, debe ponerse en contacto con el personal de HealthSource RI para tratar de proporcionar la información faltante o corregir cualquier incongruencia de modo que pueda obtener la cobertura lo antes posible, o bien evitar que se interrumpa la cobertura si se le otorga elegibilidad provisional.

Si se inscribe en un plan de salud calificado a través HealthSource RI y se produce un cambio en sus ingresos, debe notificar a HealthSource RI dentro de los 30 (treinta) días posteriores al cambio. Un cambio en los ingresos podría modificar los créditos fiscales o reducciones de costos compartidos a los que tiene derecho, los cuales lo ayudan a pagar su seguro. Su crédito fiscal se calcula sobre la base de los ingresos que declara en esta solicitud. Si sus ingresos aumentan, le corresponderá un crédito fiscal menor para su cobertura de salud. Si no nos notifica del cambio en sus ingresos, continuaremos ofreciendo el mismo descuento cada mes, pero es posible que deba devolver ese dinero al realizar su declaración impositiva.

Por ejemplo, cuando Susan compra el seguro de salud, sus ingresos anuales rondan los \$30,000. Le corresponde un crédito fiscal de \$2,000, que decide utilizar para reducir el costo mensual de su seguro de salud. De este modo, le descuentan \$166 de su factura mensual. Seis meses después, consigue un nuevo trabajo; con la suma que gana allí, no le corresponde recibir un crédito fiscal. Si no lo notifica debidamente, continuará recibiendo el descuento de \$166 de su seguro de salud. Al realizar su declaración impositiva, deberá \$166 por cada mes que no le correspondía recibir el descuento.

Las tarifas de las primas están sujetas a cambio de acuerdo con las prácticas de suscripción de la empresa de seguro de salud y los beneficios opcionales disponibles que elija, si los hubiera. La empresa de seguro de salud determina las tarifas finales en todos los casos.

Las tarifas de las primas SOLO corresponden a la fecha de entrada en vigencia solicitada. Si la fecha real de entrada en vigencia de su póliza difiere de la fecha solicitada, el costo real de su póliza puede variar en comparación con las tarifas mencionadas en healthsourceri.com, debido a aumentos en las tarifas, cambios en las políticas de la compañía aseguradora, o bien a que uno o más miembros del grupo familiar cumplen años. (Las tarifas varían en gran medida según la edad). Es posible que la compañía aseguradora de su elección no pueda garantizar que no habrá cambios en sus tarifas durante un determinado período hasta que se firme un contrato.

Solicitud de cobertura de atención médica

Acerca de usted y su familia

Inclúyase a usted mismo, a otros miembros del grupo familiar y a toda persona que esté incluida en su declaración de impuestos federales, si declara impuestos. Si no está casado, solo debe incluir a su pareja (novio/a) si conviven Y si tienen hijos en común. Si no tiene hijos en común con su pareja, no la incluya. Asimismo, no incluya a su coinquilino. Puede completar la solicitud de otras personas de su grupo familiar incluso si usted no necesita cobertura o no es elegible para ella. No es necesario que indique los números de Seguro Social (SSN, Social Security Number) de los miembros del grupo familiar que no solicitan cobertura.

Solicitante principal - Un adulto del grupo familiar debe actuar como persona de contacto a los fines de esta solicitud.

1. Nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)		
2. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			3. Fecha de nacimiento					Mes: _____ Día: _____ Año: _____
4. ¿Solicita cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				5. ¿Solicita cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
6. ¿Tiene un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.				7. En mi tarjeta de Seguro Social figura un nombre diferente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 7.a. Si la respuesta es SÍ, indique el nombre que figura en la tarjeta:				
6.a. Número de Seguro Social (SSN): _____				_____				

Familiar 2 - Puede omitir las preguntas 13 y 14 si esta persona no solicita cobertura de salud.

8. Nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)		
9. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			10. Fecha de nacimiento					Mes: _____ Día: _____ Año: _____
11. ¿Solicita esta persona cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				12. ¿Solicita esta persona cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
13. ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si esta persona tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.				14. En la tarjeta de Seguro Social de esta persona figura un nombre diferente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 14.a. Si la respuesta es SÍ, indique el nombre que figura en la tarjeta:				
13.a. Número de Seguro Social (SSN): _____				_____				

Familiar 3 - Puede omitir las preguntas 20 y 21 si esta persona no solicita cobertura de salud.

15. Nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)		
16. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			17. Fecha de nacimiento					Mes: _____ Día: _____ Año: _____
18. ¿Solicita esta persona cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				19. ¿Solicita esta persona cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
20. ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si esta persona tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.				21. En la tarjeta de Seguro Social de esta persona figura un nombre diferente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 21.a. Si la respuesta es SÍ, indique el nombre que figura en la tarjeta:				
20.a. Número de Seguro Social (SSN): _____				_____				

Familiar 4 - Puede omitir las preguntas 27 y 28 si esta persona no solicita cobertura de salud.

22. Nombre		Segundo nombre		Apellido		Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)		
23. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			24. Fecha de nacimiento					Mes: _____ Día: _____ Año: _____
25. ¿Solicita esta persona cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				26. ¿Solicita esta persona cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
27. ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si esta persona tiene un número de Seguro Social, escríbalo aquí.				28. En la tarjeta de Seguro Social de esta persona figura un nombre diferente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 28.a. Si la respuesta es SÍ, indique el nombre que figura en la tarjeta:				
27.a. Número de Seguro Social (SSN): _____				_____				

Información de contacto y dirección– Solicitante principal

1. Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)

1.a. Número de teléfono principal <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Número de teléfono particular <input type="checkbox"/> Número de teléfono del trabajo ()	1.b. Número de teléfono secundario <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Número de teléfono particular <input type="checkbox"/> Número de teléfono del trabajo ()	1.c. Dirección de correo electrónico (obligatorio):
--	---	--

2. Es posible que HealthSource RI necesite ponerse en contacto con usted en relación con el estado de su solicitud o para solicitarle información adicional. ¿Cuál es su medio de contacto preferido? Correo electrónico Correo postal

3. ¿En qué horario prefiere que nos comuniquemos con usted por teléfono? Mañana Tarde Noche Fines de semana En cualquier momento

4. Idioma en el que prefiere hablar
 Inglés Español Portugués

4.a. Idioma en que prefiere la correspondencia
 Inglés Español Portugués

5. Domicilio particular	Depto./unidad N.º	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------	-------------------	--------	--------	---------------

6. Dirección postal	Depto./unidad N.º	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------	-------------------	--------	--------	---------------

6.a. Actualmente no tengo un lugar de residencia permanente.
 Si no tiene un lugar de residencia permanente, puede ingresar la dirección de la persona con quien se aloja, de un refugio para personas sin hogar o de la oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS, Department of Human Services) más cercana.

Información personal

7. Origen étnico (opcional) Mexicano Puertorriqueño Cubano Hispano de otro país No hispano

8. Raza (opcional) Blanco Negro o afroamericano Nativo americano o nativo de Alaska Hindú Chino
 Filipino Japonés Coreano Vietnamita Asiático de otro país Nativo de Hawái Guameño
 Chamorro Samoano Nativo de otra isla del Pacífico Otro

9. ¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de parto: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ 9.b. Número de bebés que espera:
--	--

10. ¿Se encuentra actualmente en prisión? Sí No
10.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de liberación: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

15. ¿Es usted un veterano retirado honorablemente o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información sobre nativos americanos y nativos de Alaska	
Los nativos americanos y nativos de Alaska pueden ser elegibles para recibir protecciones especiales de Medicaid de Rhode Island y acceder a beneficios especiales a través de HealthSource RI.	
16. ¿Es usted un nativo americano o nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 18.	
Si la respuesta es Sí: 17. ¿Es usted miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es Sí: 17.a. Nombre de la tribu _____ 17.b. Estado _____	
17.c. ¿Recibió alguna vez servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
17.d. ¿Es usted elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos con una derivación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Su información sobre discapacidad y servicios por discapacidad	
18. ¿Tiene usted de una enfermedad física, incapacidad, discapacidad o ceguera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.a. ¿Esta discapacidad impedirá que trabaje durante al menos 12 meses o le ocasionará la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.b. ¿Recibe usted servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.c. ¿Solicitó los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income) o del Seguro Social (Seguro para jubilados, sobrevivientes y discapacitados [RSDI, Retirement, Survivors and Disability Insurance])?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.d. ¿Necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preguntas adicionales sobre usted	
19. ¿Estaba usted en el sistema de adopción temporal de Rhode Island al cumplir 18 años? Puede ser elegible para un seguro de bajo costo o un plan de Medicaid. Comuníquese con el Centro de Contacto para obtener información detallada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20. Si tiene menos de 19 años de edad, ¿es usted un estudiante de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí: Fecha de graduación prevista: Mes: _____ Día: _____ Año: _____	
Sus ingresos	
21. ¿Percibe ingresos procedentes de un empleo (salarios/sueldos/propinas)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 22.	
21.a. ¿Trabaja actualmente como empleado de una empresa o una organización?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 22.	
Si tiene un empleo actualmente, complete la siguiente información sobre su empleador y sus ingresos.	
21.b. Nombre del empleador 1:	21.c. O número de identificación del empleador:
21.d. Dirección del empleador: Ciudad Estado Código postal	
21.e. Salarios/propinas antes de impuestos:	21.f. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Si tiene otro empleador, complete la siguiente información sobre ese empleador y sus ingresos.	
21.g. Nombre del empleador 1:	21.h. Número de identificación del empleador
21.i. Dirección del empleador Ciudad Estado Código postal	
21.j. Salarios/propinas antes de impuestos:	21.k. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
22. ¿Usted percibe ingresos como trabajador por cuenta propia? Si la respuesta es Sí, indique el tipo de trabajo: _____	22.b. Ingresos netos como trabajador por cuenta propia: _____ Son los ingresos netos que obtiene de su propio negocio o empresa. Por ejemplo, todo ingreso neto (beneficio) que perciba por la venta de productos o la prestación de servicios cuenta como ingreso obtenido como trabajador por cuenta propia. Los ingresos obtenidos como trabajador por cuenta propia también pueden provenir de la distribución de acciones de una sociedad.
<input type="checkbox"/> Ganancias <input type="checkbox"/> Pérdidas	

Haga una copia de esta hoja si desea agregar otros empleadores del solicitante principal.

Sus otros ingresos

Nota: No incluya las siguientes fuentes como ingresos: manutención de menores, regalos, Ingresos Suplementarios de Seguridad Social (SSI), Ingresos de Seguro por Discapacidad Temporal de Rhode Island (TDI), Ingresos por Discapacidad de Veteranos, compensación a los trabajadores, Asistencia en Efectivo para Trabajadores, Beneficios del Programa de Asistencia para Complementar la Nutrición (SNAP), ingresos por préstamos (tales como préstamos estudiantiles, de su casa, o préstamos bancarios), o becas estudiantiles (si cuenta la porción de la beca utilizada como gastos de vivienda como ingresos).

23. ¿Percibe ingresos por alquileres o regalías? *El ingreso por alquileres es la cantidad de dinero que alguien le paga por utilizar su propiedad menos el monto invertido en su mantenimiento. El ingreso por regalías incluye los pagos que recibe por una patente, el derecho de autor o algún otro recurso natural de su propiedad. Asegúrese de no volver a incluir los ingresos por alquileres o regalías que ya haya indicado en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.*

Sí No Si la respuesta es Sí, indique el monto de sus ingresos por alquileres o regalías: _____

23.a. Resultado: Ganancias Pérdidas **23.c.** Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

24. Ingresos (o pérdidas) por ganancias de capital o inversiones Sí No

Si la respuesta en Sí, proporcione más información sobre los ingresos por dividendos, intereses, ganancias o pérdidas de capital, e ingresos de sociedades, corporaciones o fideicomisos que percibe y que no se hayan incluido en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.

24.a. Intereses (incluidos los intereses exentos de impuestos): _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

24.b. Ganancias netas de capital (beneficio obtenido menos las pérdidas de capital): _____

Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año Resultado: Ganancias Pérdidas

24.c. Dividendos: _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

24.d. Ingresos de sociedades, corporaciones y fideicomisos: _____

Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

25. Ingresos por agricultura/pesca _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

Resultado: Ganancias Pérdidas

26. Desempleo _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

27. Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) *No incluya los ingresos por la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ni los beneficios por discapacidad para veteranos.* _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

28. Ingresos por jubilación (tales como planes 401K, jubilación del Seguro Social, distribuciones de una cuenta IRA sujetas a impuestos, pensiones, jubilaciones militares o anualidades) _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

29. Pensión alimenticia/manutención del cónyuge _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

30. Otros ingresos *(tales como cancelación de deudas, adjudicaciones judiciales, pagos por servicio como jurado no proporcionados a un empleador, ayudas en efectivo, apuestas, premios o ingresos obtenidos en el extranjero. Incluya a continuación los reintegros, créditos o compensaciones gravables provenientes de impuestos sobre la renta locales o estatales).*

_____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

Sus deducciones impositivas

Deducciones: el propósito de las deducciones impositivas consiste en reducir sus ingresos gravables. A los fines de HealthSource RI, si paga alguno de estos gastos, significa que su ingreso es inferior y es posible que reciba un crédito fiscal más elevado para reducir el costo de su seguro. Algunos de los gastos que paga pueden deducirse de su declaración de impuestos sobre la renta. Si decide declarar estas deducciones, es posible que se reduzca el costo de su seguro de salud.

31. Complete la información solicitada a continuación en relación con cualquier gasto que pueda deducirse (si declarará impuestos). Entre las deducciones permitidas se incluyen las siguientes:

Pago de pensión alimenticia	Contribuciones a cuentas de ahorro de salud (HSA)	Deducciones impositivas para trabajadores por cuenta propia
Intereses devengados de préstamos a estudiantes	Deducciones de cuentas IRA/401K	Planes de jubilación y seguro de salud para trabajadores por cuenta propia
Gastos de educador	Pago de sanciones por retiro anticipado de los ahorros	Gastos comerciales de artistas escénicos, miembros de la reserva militar y funcionarios del gobierno que cobran honorarios
Matrículas y cuotas escolares	Gastos de mudanza por cambio de empleo	Actividades de producción nacional

Deducciones	Monto (\$)	Frecuencia
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año

Sus ingresos anuales estimados para el próximo año (opcional)

32. Si sus ingresos varían mes a mes, indique la cantidad de dinero que considera que ganará en el próximo año. \$ _____

Familiar 2 - Pase directamente a la página 27 si no hay más miembros en su grupo familiar.

1. Nombre Inicial del segundo nombre Apellido Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)

2. ¿Vive esta persona con usted, el solicitante principal? Sí No

3. Si la respuesta es NO, indique el domicilio particular de esta persona. Depto./unidad N.º Ciudad Estado Código postal

4. Parentesco con usted, el solicitante principal:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hermano/a | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Hijo/a | <input type="checkbox"/> Padre/madre |
| <input type="checkbox"/> Tío/a | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Hijastro/a | <input type="checkbox"/> Padraastro/madrastra |
| <input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a | <input type="checkbox"/> Ex cónyuge | <input type="checkbox"/> Sobrino/a | <input type="checkbox"/> Tutor |
| <input type="checkbox"/> Yerno/nuera | | <input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Suegro/a |
| <input type="checkbox"/> Cuñado/a | | <input type="checkbox"/> Nieto/a | <input type="checkbox"/> Abuelo/a |
| <input type="checkbox"/> Fideicomisario | | <input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho de padre/madre |
| <input type="checkbox"/> Pupilo | | <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza | |
| <input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco | | <input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado | |

5. Si el familiar 2 es menor de 18 años, ¿quién es su cuidador principal? Usted (solicitante principal)
 Familiar 3 (Nombre: _____) Familiar 4 (Nombre: _____)
 Otra persona no incluida en esta solicitud

6. Origen étnico (opcional) Mexicano Puertorriqueño Cubano Hispano de otro país No hispano
7. Raza (opcional) Blanco Negro o afroamericano Nativo americano o nativo de Alaska Hindú Chino
 Filipino Japonés Coreano Vietnamita Asiático de otro país Nativo de Hawái Guameño
 Chamorro Samoano Nativo de otra isla del Pacífico Otro

8. ¿Esta persona está embarazada? Sí No

9. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de parto:

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

9.a. Número de bebés que espera:

10. ¿Esta persona se encuentra actualmente en prisión? Sí No

10.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de liberación: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

15. ¿Es esta persona un veterano retirado honorablemente o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses? Sí No

Familiar 2 - Información sobre nativos americanos y nativos de Alaska

Los nativos americanos y nativos de Alaska pueden ser elegibles para recibir protecciones especiales de Medicaid de Rhode Island y acceder a beneficios especiales a través de HealthSource RI.

16. ¿Es esta persona un nativo americano o nativo de Alaska? Sí No **Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 18.**

Si la respuesta es Sí: 17. ¿Es esta persona miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si la respuesta es Sí: 17.a. Indique el nombre de la tribu _____ **17.b.** Estado _____

17.c. ¿Recibió alguna vez esta persona servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos? Sí No

17.d. ¿Es esta persona elegible para recibir los servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos con una derivación de uno de estos programas? Sí No

Familiar 2 - Información sobre discapacidad y servicios por discapacidad

18. ¿Tiene esta persona una enfermedad física, incapacidad, discapacidad o ceguera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.a. ¿Esta discapacidad impedirá que la persona trabaje durante al menos 12 meses o le ocasionará la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.b. ¿Recibe esta persona servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.c. ¿Solicitó esta persona los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income) o del Seguro Social (Seguro para jubilados, sobrevivientes y discapacitados [RSDI, Retirement, Survivors and Disability Insurance])?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.d. ¿Necesita esta persona ayuda para realizar las actividades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

19. Si tiene más de 18 años de edad, ¿estaba esta persona en el sistema de adopción temporal de Rhode Island al cumplir 18 años? *Puede ser elegible para un seguro de bajo costo o un plan de Medicaid. Comuníquese con el Centro de Contacto para obtener información detallada.* Sí No

20. Si tiene menos de 19 años de edad, ¿es esta persona un estudiante de tiempo completo?
Si la respuesta es Sí: Fecha de graduación prevista: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Sí No

Información sobre padres que no residen en el hogar (opcional): esta pregunta corresponde únicamente a los solicitantes menores de 18 años. Sí No

21. ¿Alguno de los padres de este menor no reside en el hogar?

Si la respuesta es Sí, comprendo que se me solicitará que colabore con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores (Office of Child Support Services), que se encarga de recaudar los pagos de manutención médica por parte del padre que no tiene la tenencia. Si considero que colaborar con la recaudación de la manutención médica representará un perjuicio para mí o mis hijos, puedo comunicárselo a la agencia y abstenerme de brindar mi colaboración.

Haga una copia de esta hoja si desea agregar otros empleadores del solicitante principal.

Familiar 2 - Ingresos			
22. ¿Recibe esta persona ingresos procedentes de un empleo (salarios/sueldos/propinas)? Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 23.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22.a. ¿Trabaja actualmente esta persona como empleado de una empresa o una organización? Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 23.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si esta persona tiene un empleo actualmente, complete la siguiente información sobre su empleador y sus ingresos.			
22.b. Nombre del empleador 1:		22.c. O número de identificación del empleador:	
22.e. Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Código postal
22.f. Salarios/propinas antes de impuestos:		22.g. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
Si esta persona tiene otro empleador, complete la siguiente información sobre ese empleador y sus ingresos.			
22.h. Nombre del empleador 1:		22.i. Número de identificación del empleador	
22.j. Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
22.k. Salarios/propinas antes de impuestos:		22.l. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	

Familiar 2 - Otros ingresos	
Nota: No incluya las siguientes fuentes como ingresos: manutención de menores, regalos, Ingresos Suplementarios de Seguridad Social (SSI), Ingresos de Seguro por Discapacidad Temporal de Rhode Island (TDI), Ingresos por Discapacidad de Veteranos, compensación a los trabajadores, Asistencia en Efectivo para Trabajadores, Beneficios del Programa de Asistencia para Complementar la Nutrición (SNAP), ingresos por préstamos (tales como préstamos estudiantiles, de su casa, o préstamos bancarios), o becas estudiantiles (si cuenta la porción de la beca utilizada como gastos de vivienda como ingresos).	
24. ¿Percibe ingresos por alquileres o regalías? <i>El ingreso por alquileres es la cantidad de dinero que alguien le paga por utilizar su propiedad menos el monto invertido en su mantenimiento. El ingreso por regalías incluye los pagos que recibe por una patente, el derecho de autor o algún otro recurso natural de su propiedad. Asegúrese de no volver a incluir los ingresos por alquileres o regalías que ya haya indicado en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, indique el monto de sus ingresos por alquileres o regalías: _____	
24.a. Resultado: <input type="checkbox"/> Ganancias <input type="checkbox"/> Pérdidas	24.c. Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
25. Ingresos (o pérdidas) por ganancias de capital o inversiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta en Sí, proporcione más información sobre los ingresos por dividendos, intereses, ganancias o pérdidas de capital, e ingresos de sociedades, corporaciones o fideicomisos que percibe esta persona y que no se hayan incluido en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.	
25.a. Intereses (incluidos los intereses exentos de impuestos): _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
25.b. Ganancias netas de capital (beneficio obtenido menos las pérdidas de capital): _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año Resultado: <input type="checkbox"/> Ganancias <input type="checkbox"/> Pérdidas	
25.c. Dividendos: _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
25.d. Ingresos de sociedades, corporaciones y fideicomisos: _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
26. Ingresos por agricultura/pesca _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año Resultado: <input type="checkbox"/> Ganancias <input type="checkbox"/> Pérdidas	
27. Desempleo _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
28. Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) <i>No incluya los ingresos por la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ni los beneficios por discapacidad para veteranos.</i> _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
28. Ingresos por jubilación (tales como planes 401K, jubilación del Seguro Social, distribuciones de una cuenta IRA sujetas a impuestos, pensiones, jubilaciones militares o anualidades) _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
30. Pensión alimenticia/manutención del cónyuge _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
31. Otros ingresos (tales como cancelación de deudas, adjudicaciones judiciales, pagos por servicio como jurado no proporcionados a un empleador, ayudas en efectivo, apuestas, premios o ingresos obtenidos en el extranjero. Incluya a continuación los reintegros, créditos o compensaciones gravables provenientes de impuestos sobre la renta locales o estatales). _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	

Familiar 2 - Deducciones impositivas

Deducciones: el propósito de las deducciones impositivas consiste en reducir sus ingresos gravables. A los fines de HealthSource RI, si paga alguno de estos gastos, significa que su ingreso es inferior y es posible que reciba un crédito fiscal más elevado para reducir el costo de su seguro. Algunos de los gastos que paga pueden deducirse de su declaración de impuestos sobre la renta. Si decide declarar estas deducciones, es posible que se reduzca el costo de su seguro de salud.

32. Complete la información solicitada a continuación en relación con cualquier gasto que pueda deducirse (si declarará impuestos). Entre las deducciones permitidas se incluyen las siguientes:

Pago de pensión alimenticia	Contribuciones a cuentas de ahorro de salud (HSA)	Deducciones impositivas para trabajadores por cuenta propia
Intereses devengados de préstamos a estudiantes	Deducciones de cuentas IRA/401K	Planes de jubilación y seguro de salud para trabajadores por cuenta propia
Gastos de educador	Pago de sanciones por retiro anticipado de los ahorros	Gastos comerciales de artistas escénicos, miembros de la reserva militar y funcionarios del gobierno que cobran honorarios
Matrículas y cuotas escolares	Gastos de mudanza por cambio de empleo	Actividades de producción nacional

Deducciones	Monto (\$)	Frecuencia
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año

Familiar 2 - Ingresos anuales estimados para el próximo año (opcional)

33. Si los ingresos de esta persona varían mes a mes, indique la cantidad de dinero que considera que ganará en el próximo año. \$ _____

Familiar 3 - Pase directamente a la página 27 si no hay más miembros en su grupo familiar.

1. Nombre Inicial del segundo nombre Apellido Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)

2. ¿Vive esta persona con usted, el solicitante principal? Sí No

3. Si la respuesta es NO, indique el domicilio particular de esta persona. Depto./unidad N.º Ciudad Estado Código postal

4. Parentesco con usted, el solicitante principal:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hermano/a | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Hijo/a | <input type="checkbox"/> Padre/madre |
| <input type="checkbox"/> Tío/a | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Hijastro/a | <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra |
| <input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a | <input type="checkbox"/> Ex cónyuge | <input type="checkbox"/> Sobrino/a | <input type="checkbox"/> Tutor |
| <input type="checkbox"/> Yerno/nuera | | <input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Suegro/a |
| <input type="checkbox"/> Cuñado/a | | <input type="checkbox"/> Nieto/a | <input type="checkbox"/> Abuelo/a |
| <input type="checkbox"/> Fideicomisario | | <input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a | <input type="checkbox"/> Pareja de hecho de padre/madre |
| <input type="checkbox"/> Pupilo | | <input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza | |
| <input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco | | <input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado | |

5. Si el familiar 2 es menor de 18 años, ¿quién es su cuidador principal? Usted (solicitante principal)
 Familiar 3 (Nombre: _____) Familiar 4 (Nombre: _____)
 Otra persona no incluida en esta solicitud

6. Origen étnico (opcional) Mexicano Puertorriqueño Cubano Hispano de otro país No hispano
7. Raza (opcional) Blanco Negro o afroamericano Nativo americano o nativo de Alaska Hindú Chino
 Filipino Japonés Coreano Vietnamita Asiático de otro país Nativo de Hawái Guameño
 Chamorro Samoano Nativo de otra isla del Pacífico Otro

8. ¿Esta persona está embarazada? Sí No

9. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de parto:

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

9.a. Número de bebés que espera:

10. ¿Esta persona se encuentra actualmente en prisión? Sí No

10.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de liberación: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

15. ¿Es esta persona un veterano retirado honorablemente o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Familiar 3 - Información sobre nativos americanos y nativos de Alaska	
Los nativos americanos y nativos de Alaska pueden ser elegibles para recibir protecciones especiales de Medicaid de Rhode Island y acceder a beneficios especiales a través de HealthSource RI.	
16. ¿Es esta persona un nativo americano o nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, pase directamente a la pregunta 18.	
Si la respuesta es Sí: 17. ¿Es esta persona miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es Sí: 17.a. Indique el nombre de la tribu _____ 17.b. Estado _____	
17.c. ¿Recibió alguna vez esta persona servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
17.d. ¿Es esta persona elegible para recibir los servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos con una derivación de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Familiar 3 - Información sobre discapacidad y servicios por discapacidad	
18. ¿Tiene esta persona una enfermedad física, incapacidad, discapacidad o ceguera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.a. ¿Esta discapacidad impedirá que la persona trabaje durante al menos 12 meses o le ocasionará la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.b. ¿Recibe esta persona servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.c. ¿Solicitó esta persona los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income) o del Seguro Social (Seguro para jubilados, sobrevivientes y discapacitados [RSDI, Retirement, Survivors and Disability Insurance])?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.d. ¿Necesita esta persona ayuda para realizar las actividades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Familiar 3 - Preguntas adicionales	
19. Si tiene más de 18 años de edad, ¿estaba esta persona en el sistema de adopción temporal de Rhode Island al cumplir 18 años? <i>Puede ser elegible para un seguro de bajo costo o un plan de Medicaid. Comuníquese con el Centro de Contacto para obtener información detallada</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20. Si tiene menos de 19 años de edad, ¿es esta persona un estudiante de tiempo completo? Si la respuesta es Sí: Fecha de graduación prevista: Mes: _____ Día: _____ Año: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información sobre padres que no residen en el hogar (opcional): esta pregunta corresponde únicamente a los solicitantes menores de 18 años. 21. ¿Alguno de los padres de este menor no reside en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, comprendo que se me solicitará que colabore con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores (Office of Child Support Services), que se encarga de recaudar los pagos de manutención médica por parte del padre que no tiene la tenencia. Si considero que colaborar con la recaudación de la manutención médica representará un perjuicio para mí o mis hijos, puedo comunicárselo a la agencia y abstenerme de brindar mi colaboración.	

Haga una copia de esta hoja si desea agregar otros empleadores del solicitante principal.

Familiar 3 - Ingresos

22. ¿Recibe esta persona ingresos procedentes de un empleo (salarios/sueldos/propinas)? Si la respuesta es NO , pase directamente a la pregunta 23.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22.a. ¿Trabaja actualmente esta persona como empleado de una empresa o una organización? Si la respuesta es NO , pase directamente a la pregunta 23.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si esta persona tiene un empleo actualmente, complete la siguiente información sobre su empleador y sus ingresos.			
22.b. Nombre del empleador 1:		22.c. O número de identificación del empleador:	
22.e. Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Código postal
22.f. Salarios/propinas antes de impuestos:		22.g. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
Si esta persona tiene otro empleador, complete la siguiente información sobre ese empleador y sus ingresos.			
22.h. Nombre del empleador 1:		22.i. Número de identificación del empleador	
22.j. Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
22.k. Salarios/propinas antes de impuestos:		22.l. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
23. ¿Percibe esta persona ingresos como trabajador por cuenta propia? Resultado: <input type="checkbox"/> Ganancias <input type="checkbox"/> Pérdidas		23.b. Ingresos netos como trabajador por cuenta propia: _____ <i>Son los ingresos netos que obtiene de su propio negocio o empresa. Por ejemplo, todo ingreso neto (beneficio) que perciba por la venta de productos o la prestación de servicios cuenta como ingreso obtenido como trabajador por cuenta propia. Los ingresos obtenidos como trabajador por cuenta propia también pueden provenir de la distribución de acciones de una sociedad.</i>	

Familiar 3 - Otros ingresos

Nota: No incluya las siguientes fuentes como ingresos: manutención de menores, regalos, Ingresos Suplementarios de Seguridad Social (SSI), Ingresos de Seguro por Discapacidad Temporal de Rhode Island (TDI), Ingresos por Discapacidad de Veteranos, compensación a los trabajadores, Asistencia en Efectivo para Trabajadores, Beneficios del Programa de Asistencia para Complementar la Nutrición (SNAP), ingresos por préstamos (tales como préstamos estudiantiles, de su casa, o préstamos bancarios), o becas estudiantiles (si cuenta la porción de la beca utilizada como gastos de vivienda como ingresos).

24. ¿Percibe ingresos por alquileres o regalías? *El ingreso por alquileres es la cantidad de dinero que alguien le paga por utilizar su propiedad menos el monto invertido en su mantenimiento. El ingreso por regalías incluye los pagos que recibe por una patente, el derecho de autor o algún otro recurso natural de su propiedad. Asegúrese de no volver a incluir los ingresos por alquileres o regalías que ya haya indicado en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.*
 Sí No Si la respuesta es Sí, indique el monto de sus ingresos por alquileres o regalías: _____

24.a. Resultado: Ganancias Pérdidas **24.c.** Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

25. Ingresos (o pérdidas) por ganancias de capital o inversiones Sí No
Si la respuesta en Sí, proporcione más información sobre los ingresos por dividendos, intereses, ganancias o pérdidas de capital, e ingresos de sociedades, corporaciones o fideicomisos que percibe esta persona y que no se hayan incluido en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.

25.a. Intereses (incluidos los intereses exentos de impuestos): _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

25.b. Ganancias netas de capital (beneficio obtenido menos las pérdidas de capital): _____
Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año Resultado: Ganancias Pérdidas

25.c. Dividendos: _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

25.d. Ingresos de sociedades, corporaciones y fideicomisos: _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

26. Ingresos por agricultura/pesca _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año
Resultado: Ganancias Pérdidas

27. Desempleo _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

28. Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI).
Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

28. Ingresos por jubilación (tales como planes 401K, jubilación del Seguro Social, distribuciones de una cuenta IRA sujetas a impuestos, pensiones, jubilaciones militares o anualidades) _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

30. Pensión alimenticia/manutención del cónyuge _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

31. Otros ingresos (*tales como cancelación de deudas, adjudicaciones judiciales, pagos por servicio como jurado no proporcionados a un empleador, ayudas en efectivo, apuestas, premios o ingresos obtenidos en el extranjero. Incluya a continuación los reintegros, créditos o compensaciones gravables provenientes de impuestos sobre la renta locales o estatales.*)

Familiar 3 - Deduciones impositivas

Deducciones: el propósito de las deducciones impositivas consiste en reducir sus ingresos gravables. A los fines de HealthSource RI, si paga alguno de estos gastos, significa que su ingreso es inferior y es posible que reciba un crédito fiscal más elevado para reducir el costo de su seguro. Algunos de los gastos que paga pueden deducirse de su declaración de impuestos sobre la renta. Si decide declarar estas deducciones, es posible que se reduzca el costo de su seguro de salud.

32. Complete la información solicitada a continuación en relación con cualquier gasto que pueda deducirse (si declarará impuestos). Entre las deducciones permitidas se incluyen las siguientes:

Pago de pensión alimenticia	Contribuciones a cuentas de ahorro de salud (HSA)	Deducciones impositivas para trabajadores por cuenta propia
Intereses devengados de préstamos a estudiantes	Deducciones de cuentas IRA/401K	Planes de jubilación y seguro de salud para trabajadores por cuenta propia
Gastos de educador	Pago de sanciones por retiro anticipado de los ahorros	Gastos comerciales de artistas escénicos, miembros de la reserva militar y funcionarios del gobierno que cobran honorarios
Matrículas y cuotas escolares	Gastos de mudanza por cambio de empleo	Actividades de producción nacional

Deducciones	Monto (\$)	Frecuencia
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año

Familiar 3 - Ingresos anuales estimados para el próximo año (opcional)

33. Si los ingresos de esta persona varían mes a mes, indique la cantidad de dinero que considera que ganará en el próximo año. \$ _____

Familiar 4 - Pase directamente a la página 27 si no hay más miembros en su grupo familiar.

1. Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo (Sr., Jr., I, II, III, IV)
-----------	----------------------------	----------	-----------------------------------

2. ¿Vive esta persona con usted, el solicitante principal? Sí No

3. Si la respuesta es NO, indique el domicilio particular de esta persona.	Depto./unidad N.º	Ciudad	Estado	Código postal
--	-------------------	--------	--------	---------------

4. Parentesco con usted, el solicitante principal:

<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Padre/madre
<input type="checkbox"/> Tío/a	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra
<input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a	<input type="checkbox"/> Ex cónyuge	<input type="checkbox"/> Sobrino/a	<input type="checkbox"/> Tutor
<input type="checkbox"/> Yerno/nuera		<input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Suegro/a
<input type="checkbox"/> Cuñado/a		<input type="checkbox"/> Nieto/a	<input type="checkbox"/> Abuelo/a
<input type="checkbox"/> Fideicomisario		<input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho de padre/madre
<input type="checkbox"/> Pupilo		<input type="checkbox"/> Hijo/a de crianza	
<input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco		<input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado	

5. Si el familiar 2 es menor de 18 años, ¿quién es su cuidador principal? Usted (solicitante principal)

Familiar 3 (Nombre: _____) Familiar 4 (Nombre: _____)

Otra persona no incluida en esta solicitud

6. Origen étnico (opcional) Mexicano Puertorriqueño Cubano Hispano de otro país No hispano

7. Raza (opcional) Blanco Negro o afroamericano Nativo americano o nativo de Alaska Hindú Chino

Filipino Japonés Coreano Vietnamita Asiático de otro país Nativo de Hawái Guameño

Chamorro Samoano Nativo de otra isla del Pacífico Otro

8. ¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de parto: Mes: _____ Día: _____ Año: _____
	9.a. Número de bebés que espera: _____

10. ¿Esta persona se encuentra actualmente en prisión? Sí No

10.a. Si la respuesta es Sí: Fecha prevista de liberación: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

15. ¿Es esta persona un veterano retirado honorablemente o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas estadounidenses? Sí No

Familiar 4 - Información sobre nativos americanos y nativos de Alaska

Los nativos americanos y nativos de Alaska pueden ser elegibles para recibir protecciones especiales de Medicaid de Rhode Island y acceder a beneficios especiales a través de HealthSource RI.

16. ¿Es esta persona un nativo americano o nativo de Alaska? Sí No **Si la respuesta es NO,** pase directamente a la pregunta 18.

Si la respuesta es Sí: 17. ¿Es esta persona miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si la respuesta es Sí: 17.a. Indique el nombre de la tribu _____ **17.b.** Estado _____

17.c. ¿Recibió alguna vez esta persona servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos? Sí No

17.d. ¿Es esta persona elegible para recibir los servicios del Servicio de Salud para Nativos Americanos, el Programa de Salud para Tribus Indígenas o el Programa de Salud para Indígenas Urbanos con una derivación de uno de estos programas? Sí No

Familiar 4 - Información sobre discapacidad y servicios por discapacidad

18. ¿Tiene esta persona una enfermedad física, incapacidad, discapacidad o ceguera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.a. ¿Esta discapacidad impedirá que la persona trabaje durante al menos 12 meses o le ocasionará la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.b. ¿Recibe esta persona servicios de la Oficina de Servicios de Rehabilitación o de Servicios para Ciegos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.c. ¿Solicitó esta persona los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income) o del Seguro Social (Seguro para jubilados, sobrevivientes y discapacitados [RSDI, Retirement, Survivors and Disability Insurance])?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.d. ¿Necesita esta persona ayuda para realizar las actividades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

19. Si tiene más de 18 años de edad, ¿estaba esta persona en el sistema de adopción temporal de Rhode Island al cumplir 18 años? <i>Puede ser elegible para un seguro de bajo costo o un plan de Medicaid. Comuníquese con el Centro de Contacto para obtener información detallada.</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

20. Si tiene menos de 19 años de edad, ¿es esta persona un estudiante de tiempo completo? Si la respuesta es Sí: Fecha de graduación prevista: Mes: _____ Día: _____ Año: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Información sobre padres que no residen en el hogar (opcional): esta pregunta corresponde únicamente a los solicitantes menores de 18 años.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

21. ¿Alguno de los padres de este menor no reside en el hogar?

Si la respuesta es Sí, comprendo que se me solicitará que colabore con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores (Office of Child Support Services), que se encarga de recaudar los pagos de manutención médica por parte del padre que no tiene la tenencia. Si considero que colaborar con la recaudación de la manutención médica representará un perjuicio para mí o mis hijos, puedo comunicárselo a la agencia y abstenerme de brindar mi colaboración.

Haga una copia de esta hoja si desea agregar otros empleadores del solicitante principal.

Familiar 4 - Ingresos

22. ¿Recibe esta persona ingresos procedentes de un empleo (salarios/sueldos/propinas)? Si la respuesta es NO , pase directamente a la pregunta 23.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22.a. ¿Trabaja actualmente esta persona como empleado de una empresa o una organización? Si la respuesta es NO , pase directamente a la pregunta 23.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si esta persona tiene un empleo actualmente, complete la siguiente información sobre su empleador y sus ingresos.			
22.b. Nombre del empleador 1:		22.c. 0 número de identificación del empleador:	
22.e. Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Código postal
22.f. Salarios/propinas antes de impuestos:		22.g. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
Si esta persona tiene otro empleador, complete la siguiente información sobre ese empleador y sus ingresos.			
22.h. Nombre del empleador 1:		22.i. Número de identificación del empleador	
22.j. Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal
22.k. Salarios/propinas antes de impuestos:		22.l. Frecuencia de los salarios/propinas: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	
23. ¿Percibe esta persona ingresos como trabajador por cuenta propia? Resultado: <input type="checkbox"/> Ganancias <input type="checkbox"/> Pérdidas		23.b. Ingresos netos como trabajador por cuenta propia: _____ <i>Son los ingresos netos que obtiene de su propio negocio o empresa. Por ejemplo, todo ingreso neto (beneficio) que perciba por la venta de productos o la prestación de servicios cuenta como ingreso obtenido como trabajador por cuenta propia. Los ingresos obtenidos como trabajador por cuenta propia también pueden provenir de la distribución de acciones de una sociedad.</i>	

Familiar 4 - Otros ingresos

Nota: No incluya las siguientes fuentes como ingresos: manutención de menores, regalos, Ingresos Suplementarios de Seguridad Social (SSI), Ingresos de Seguro por Discapacidad Temporal de Rhode Island (TDI), Ingresos por Discapacidad de Veteranos, compensación a los trabajadores, Asistencia en Efectivo para Trabajadores, Beneficios del Programa de Asistencia para Complementar la Nutrición (SNAP), ingresos por préstamos (tales como préstamos estudiantiles, de su casa, o préstamos bancarios), o becas estudiantiles (si cuenta la porción de la beca utilizada como gastos de vivienda como ingresos).

24. ¿Percibe ingresos por alquileres o regalías? *El ingreso por alquileres es la cantidad de dinero que alguien le paga por utilizar su propiedad menos el monto invertido en su mantenimiento. El ingreso por regalías incluye los pagos que recibe por una patente, el derecho de autor o algún otro recurso natural de su propiedad. Asegúrese de no volver a incluir los ingresos por alquileres o regalías que ya haya indicado en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.*
 Sí No Si la respuesta es Sí, indique el monto de sus ingresos por alquileres o regalías: _____

24.a. Resultado: Ganancias Pérdidas **24.c.** Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

25. Ingresos (o pérdidas) por ganancias de capital o inversiones Sí No
Si la respuesta en Sí, proporcione más información sobre los ingresos por dividendos, intereses, ganancias o pérdidas de capital, e ingresos de sociedades, corporaciones o fideicomisos que percibe esta persona y que no se hayan incluido en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.

25.a. Intereses (incluidos los intereses exentos de impuestos): _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

25.b. Ganancias netas de capital (beneficio obtenido menos las pérdidas de capital): _____
Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año Resultado: Ganancias Pérdidas

25.c. Dividendos: _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

25.d. Ingresos de sociedades, corporaciones y fideicomisos: _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

26. Ingresos por agricultura/pesca _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año
Resultado: Ganancias Pérdidas

27. Desempleo _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

28. Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI).
_____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

28. Ingresos por jubilación (tales como planes 401K, jubilación del Seguro Social, distribuciones de una cuenta IRA sujetas a impuestos, pensiones, jubilaciones militares o anualidades) _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

30. Pensión alimenticia/manutención del cónyuge _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

31. Otros ingresos (tales como cancelación de deudas, adjudicaciones judiciales, pagos por servicio como jurado no proporcionados a un empleador, ayudas en efectivo, apuestas, premios o ingresos obtenidos en el extranjero. Incluya a continuación los reintegros, créditos o compensaciones gravables provenientes de impuestos sobre la renta locales o estatales).

Familiar 4 - Deducciones impositivas

Deducciones: el propósito de las deducciones impositivas consiste en reducir sus ingresos gravables. A los fines de HealthSource RI, si paga alguno de estos gastos, significa que su ingreso es inferior y es posible que reciba un crédito fiscal más elevado para reducir el costo de su seguro. Algunos de los gastos que paga pueden deducirse de su declaración de impuestos sobre la renta. Si decide declarar estas deducciones, es posible que se reduzca el costo de su seguro de salud.

32. Complete la información solicitada a continuación en relación con cualquier gasto que pueda deducirse (si declarará impuestos). Entre las deducciones permitidas se incluyen las siguientes:

Pago de pensión alimenticia	Contribuciones a cuentas de ahorro de salud (HSA)	Deducciones impositivas para trabajadores por cuenta propia
Intereses devengados de préstamos a estudiantes	Deducciones de cuentas IRA/401K	Planes de jubilación y seguro de salud para trabajadores por cuenta propia
Gastos de educador	Pago de sanciones por retiro anticipado de los ahorros	Gastos comerciales de artistas escénicos, miembros de la reserva militar y funcionarios del gobierno que cobran honorarios
Matrículas y cuotas escolares	Gastos de mudanza por cambio de empleo	Actividades de producción nacional

Deducciones	Monto (\$)	Frecuencia
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año

Familiar 4 - Ingresos anuales estimados para el próximo año (opcional)

33. Si los ingresos de esta persona varían mes a mes, indique la cantidad de dinero que considera que ganará en el próximo año. \$ _____

Información sobre declaraciones impositivas																									
<p>1. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar presentará una declaración de impuestos federales el próximo año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ, responda las siguientes preguntas sobre impuestos para cada uno de los miembros del grupo familiar incluidos en esta solicitud. Si la respuesta es NO, pase directamente a la página 28.</p>																									
<p>2. Indique quién presentará una declaración impositiva el próximo año _____</p>																									
<p>3. Estado previsto de la declaración impositiva del próximo año <input type="checkbox"/> Presentación individual <input type="checkbox"/> Presentación individual de persona casada <input type="checkbox"/> Presentación conjunta de personas casadas</p>																									
<p>3.a. Nombre del contribuyente</p>	<p>3.b. Presentación conjunta – Indique quién es el otro contribuyente. <i>Si está casado, debe realizar una presentación conjunta para poder acceder a un crédito fiscal.</i></p>																								
<p>4. ¿Alguno de los contribuyentes incluidos en esta solicitud declarará algún dependiente en su declaración impositiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ, indique quién es el contribuyente y consigne los dependientes.</p> <p>Un mismo dependiente no puede ser declarado por más de un contribuyente. En el caso de una presentación conjunta, debe consignar los dependientes del contribuyente que firmará el formulario de impuestos.</p>																									
<p>4.a. Nombre del contribuyente</p>	<p>4.b. Nombre de los dependientes</p>																								
<p>No debe completar la siguiente tabla si ya incluyó al dependiente en anteriormente.</p>																									
<p>5. ¿Algún miembro del grupo familiar será declarado como dependiente en la declaración impositiva de otra persona (alguien que no esté incluido en la solicitud)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ, indique los dependientes que se incluirán en la declaración impositiva de otra persona.</p>																									
<p>5.a. Nombre del dependiente</p>	<p>5.b. Nombre del contribuyente</p>																								
<p>5.c. Parentesco del dependiente con el contribuyente:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cónyuge</td> <td><input type="checkbox"/> Hermano/a</td> <td><input type="checkbox"/> Tutor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pareja de hecho</td> <td><input type="checkbox"/> Sobrino/a</td> <td><input type="checkbox"/> Suegro/a</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padre/madre</td> <td><input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a</td> <td><input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra</td> <td><input type="checkbox"/> Abuelo/a</td> <td><input type="checkbox"/> Fideicomisario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pareja de hecho de padre/madre</td> <td><input type="checkbox"/> Nieto/a</td> <td><input type="checkbox"/> Pupilo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hijo/a</td> <td><input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a</td> <td><input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hijastro/a</td> <td><input type="checkbox"/> Cuñado/a</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho</td> <td><input type="checkbox"/> Ex cónyuge</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Sobrino/a	<input type="checkbox"/> Suegro/a	<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a	<input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado	<input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra	<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Fideicomisario	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho de padre/madre	<input type="checkbox"/> Nieto/a	<input type="checkbox"/> Pupilo	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a	<input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco	<input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Cuñado/a		<input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Ex cónyuge	
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Tutor																							
<input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Sobrino/a	<input type="checkbox"/> Suegro/a																							
<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Primo/a hermano/a	<input type="checkbox"/> Dependiente patrocinado																							
<input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra	<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Fideicomisario																							
<input type="checkbox"/> Pareja de hecho de padre/madre	<input type="checkbox"/> Nieto/a	<input type="checkbox"/> Pupilo																							
<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a adoptivo/a	<input type="checkbox"/> Cuidador sin parentesco																							
<input type="checkbox"/> Hijastro/a	<input type="checkbox"/> Cuñado/a																								
<input type="checkbox"/> Hijo/a de pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Ex cónyuge																								

Cobertura de salud del empleador – Complete esta sección para cada uno de los miembros del grupo familiar que

1. ¿Tiene usted o alguna de las personas incluidas en esta solicitud (puede ser el cónyuge) acceso a una cobertura de seguro adecuada a través de un empleador?
 Sí No

1.a. ¿La cobertura es asequible y está contemplada por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act)? (Consúltelo con su empleador). Sí No

Si la respuesta es SÍ, proporcione la información requerida en la siguiente tabla. **Si la respuesta es NO**, pase directamente a la página 29.

2. Nombre del empleador		2.a. Número de identificación del empleador (figura en el formulario W-2 del empleado)		2.b. Número de teléfono del empleador	
				<input type="checkbox"/> Número de teléfono particular <input type="checkbox"/> Número de teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono celular	
2.c. Dirección del empleador			Ciudad	Estado	Código postal
3. ¿Con qué persona de su trabajo podemos comunicarnos en relación con la			3.a. Dirección de correo electrónico del		3.b. Número de teléfono del
4. Nombre de la persona elegible para este seguro del empleador en la presente solicitud:					

4.a. Estado de la inscripción		Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	4.b. Próximos cambios en su plan	
<input type="checkbox"/> Inscrito actualmente <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <input type="checkbox"/> No inscrito		_____	<input type="checkbox"/> El empleador dejará de ofrecer el plan el (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Será elegible a partir del (MM/DD/AAAA) _____	

5. Nombre de la persona elegible para este seguro del empleador en la presente solicitud:

5.a. Estado de la inscripción		Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	5.b. Próximos cambios en su plan	
<input type="checkbox"/> Inscrito actualmente <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <input type="checkbox"/> No inscrito		_____	<input type="checkbox"/> El empleador dejará de ofrecer el plan el (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Será elegible a partir del (MM/DD/AAAA) _____	

6. Nombre de la persona elegible para este seguro del empleador en la presente solicitud:

6.a. Estado de la inscripción		Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	6.b. Próximos cambios en su plan	
<input type="checkbox"/> Inscrito actualmente <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <input type="checkbox"/> No inscrito		_____	<input type="checkbox"/> El empleador dejará de ofrecer el plan el (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Será elegible a partir del (MM/DD/AAAA) _____	

7. Nombre de la persona elegible para este seguro del empleador en la presente solicitud:

7.a. Estado de la inscripción		Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)	7.b. Próximos cambios en su plan	
<input type="checkbox"/> Inscrito actualmente <input type="checkbox"/> Planea inscribirse <input type="checkbox"/> No inscrito		_____	<input type="checkbox"/> El empleador dejará de ofrecer el plan el (MM/DD/AAAA) _____ <input type="checkbox"/> Será elegible a partir del (MM/DD/AAAA) _____	

8. ¿Quién es el empleado que goza de este seguro del empleador?

Nombre del empleado	Inicial del segundo nombre del empleado	Apellido del empleado
_____	_____	_____

9.a. ¿Cuál es la prima anual del empleado (el porcentaje que paga del costo de su seguro de salud) del plan individual menos costoso que ofrece su empleador? *En un plan individual, se cuenta lo que cuesta cubrir al empleado únicamente. No se cuenta lo que cuesta la cobertura de la totalidad del grupo familiar. Le pedimos que tome en cuenta el plan menos costoso a fin de determinar si es elegible para recibir un crédito fiscal que reduzca el costo del seguro, incluso si no está inscrito en ese plan en particular.*

Prima del empleado: \$ _____ Nombre del plan _____

9.b. ¿Cuál es el costo real de la prima que paga usted o esta persona?

Prima del empleado: \$ _____

Frecuencia de la prima (semanal, bimensual, mensual, anual) _____

10. ¿Goza actualmente de la cobertura de un seguro de salud de CUALQUIER tipo? Sí No

Haga una copia de esta página si desea agregar seguros ofrecidos por otros empleadores u otras personas con cobertura.

Otros seguros de salud – Complete esta sección para cada uno de los miembros del grupo familiar que solicita cobertura.

11. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud tiene acceso a otro seguro de salud no público? Sí No

11.a. Si la respuesta es **SÍ**, marque el que corresponda. Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) Plan para jubilados

11.b. Indique qué miembros del grupo familiar tienen acceso a este seguro.

Nombre _____ Nombre _____

Nombre _____ Nombre _____

Cobertura de salud pública – Complete esta sección para cada uno de los miembros del grupo familiar que solicita cobertura.

12. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud está inscrita en otro seguro de salud o es elegible para uno? Sí No

12.a. Si la respuesta es **SÍ**, seleccione UNO. Si algún miembro de su grupo familiar está inscrito en más de un tipo de seguro, haga una copia de esta página y proporcione información sobre cada proveedor de seguros por separado. Seguro de salud para veteranos Cuerpo de Paz Medicare

Tricare Privado/otro

12.b. ¿Quién está inscrito en esta cobertura o es elegible para ella? Nombre: _____

Nombre del plan	Número de póliza	Tamaño del grupo familiar
-----------------	------------------	---------------------------

12.c. Indique qué miembros del grupo familiar tienen acceso a este seguro.

Nombre _____ Nombre _____

Nombre _____ Nombre _____

Antecedentes de cobertura – Complete esta sección para cada uno de los miembros del grupo familiar que solicita cobertura.

13. ¿Cuándo fue la última vez que gozó de cobertura de seguro de salud de CUALQUIER tipo? En el último año (MM/DD/AAAA) ____/____/____

De 1 a 3 años atrás Más de 3 años atrás Nunca tuve un seguro de salud Otro/sin seguro

Cobertura dental – Complete esta sección para cada uno de los miembros del grupo familiar que solicita cobertura.

14. ¿Alguna de las personas incluidas en esta solicitud tiene acceso a un seguro dental? Sí No

14.a. Si la respuesta es **SÍ**, indique todos los miembros del grupo familiar que tienen acceso a un seguro dental. Si su grupo familiar tiene acceso a más de un tipo de seguro, haga una copia de esta página y proporcione información sobre cada proveedor de seguros por separado.

Nombre _____ Nombre _____

Nombre _____ Nombre _____

14.b. Nombre de la empresa de seguro dental	14.c. Número de póliza	14.d. Tamaño del grupo familiar
---	------------------------	---------------------------------

14.e. Tipo de cobertura Individual Familiar

Haga una copia a esta página si desea agregar otras compañías aseguradoras o personas con cobertura.

Lea detenidamente esta información antes de firmar.

CONSENTIMIENTO PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN POR DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

Podemos brindarle un mejor servicio si trabajamos en colaboración con otras agencias y profesionales que lo conocen a usted y su familia. Al marcar el casillero de aceptación, brinda su autorización para que podamos obtener, utilizar y dar a conocer información confidencial sobre usted proveniente de diversas fuentes, entre ellas el Departamento de Trabajo y Formación de Rhode Island (R.I. Department of Labor and Training), el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (R.I. Department of Human Services), la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (R.I. Executive Office of Health and Human Services), el Departamento de Salud de Rhode Island (R.I. Department of Health), el Departamento de Servicios Correccionales de Rhode Island (R.I. Department of Corrections) y Experian en representación de los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services) y la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

No le denegaremos ningún beneficio ni el acceso a los programas para los que es elegible simplemente porque no nos otorga su autorización para obtener, utilizar y dar a conocer su información confidencial; sin embargo, no podremos ayudarlo a acceder a ciertos programas y ayudas a los que puede tener derecho si no contamos con su consentimiento para obtener y divulgar dicha información. Necesitamos su consentimiento para poder determinar su elegibilidad.

Puede proceder con la compra y adquisición de una cobertura de seguro de salud sin completar este consentimiento comunicándose con nuestro Centro de Contacto al teléfono 1-855-840-HSRI (4774). Sin embargo, si le interesa saber si tiene derecho a algún tipo de ayuda económica para la compra de una cobertura, a la cobertura financiada con fondos públicos o a otros programas y ayudas, deberá completar necesariamente este consentimiento.

Todo uso e intercambio de información que usted autoriza al marcar el casillero de aceptación se llevará a cabo de conformidad con todas las leyes y normativas federales y estatales pertinentes que protegen su privacidad, incluidas, entre otras, las siguientes: la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accounting Act of 1996) (Ley Pública 104-191, conocida como HIPAA); la Ley de Confidencialidad de las Comunicaciones y la Información sobre Atención Médica de Rhode Island (R.I. Confidentiality of Health Care Communications and Information) (Leyes Generales de Rhode Island [R.I.G.L., Rhode Island General Laws] 5-37.3-1 et seq.); R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12, así como todas las demás leyes y normativas pertinentes. La información se dará a conocer por medios informáticos.

Al marcar el casillero de aceptación, otorgo mi consentimiento para la obtención y uso de información confidencial sobre mi persona a fin de determinar mi elegibilidad para la inscripción en la cobertura de seguro de salud financiada con fondos públicos u otros programas financiados con fondos públicos administrados a través de este sitio, como así también para planificar, proporcionar y coordinar los pagos y beneficios.

Otorgo mi consentimiento para que se dé a conocer mi información a fin de determinar mi elegibilidad.

No otorgo mi consentimiento y comprendo que mi elegibilidad para determinadas ayudas y programas se verá afectada por esta decisión.

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades, y entiendo que puedo conservar una copia de la declaración de (incluida en las páginas 3 a 5 de esta solicitud). Sí No

Lea detenidamente esta información antes de firmar.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

A fin de determinar su elegibilidad para recibir ayuda para el pago de su cobertura de salud, utilizaremos información sobre sus ingresos, incluso información de sus declaraciones impositivas. Recibirá un aviso de determinación de elegibilidad y tendrá la posibilidad de actualizar en cualquier momento la información sobre los ingresos que proporcionó comunicándose con HealthSource RI.

- Otorgo mi consentimiento para el uso de la información sobre los ingresos.
- No otorgo mi consentimiento **y comprendo que esto afectará mi elegibilidad para recibir ayuda para el pago de la cobertura de salud.**

Puede elegir que este consentimiento se renueve de manera automática durante uno, dos, tres, cuatro o cinco años. Si selecciona un período más prolongado, será más fácil para nosotros determinar su elegibilidad para los próximos años. Solicito que se renueve mi elegibilidad de forma automática durante los próximos:

- 5 años (período máximo de renovación automática)
- 4 años
- 3 años
- 2 años
- 1 año

Comprendo que si se realizan pagos anticipados de los créditos fiscales para las primas a mi nombre a fin de reducir el costo de mi cobertura de salud o la de mis dependientes:

- Debo presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta en el año posterior al de la cobertura para el ejercicio fiscal en el que recibí la cobertura.
- Si contraigo matrimonio antes de que finalice el año de cobertura, debo presentar una declaración de impuestos sobre la renta de forma conjunta con mi cónyuge.

Solicito asimismo que se cumpla lo siguiente:

- Nadie más podrá declararme como dependiente en la declaración de impuestos federales sobre la renta para el año de cobertura.
- Reclamaré una deducción de exención personal para la declaración de impuestos federales sobre la renta para el año de cobertura por cada persona declarada como dependiente en esta solicitud que esté inscrita en la cobertura a través de este Mercado y cuya prima por la cobertura se pague en su totalidad o en parte con pagos anticipados.
- Si alguna de estas condiciones cambia, comprendo que puede verse afectada mi elegibilidad para recibir un crédito fiscal anticipado para las primas.

Comprendo asimismo que cuando presente la declaración de impuestos federales sobre la renta para el año de cobertura, el Servicio de Impuestos Internos (IRS, Internal Revenue Service) comparará los ingresos que figuran en mi declaración impositiva con los declarados en la solicitud. Comprendo que si los ingresos que figuran en mi declaración impositiva son inferiores a los declarados en la solicitud, puedo ser elegible para recibir una suma adicional como crédito fiscal. Por el contrario, si los ingresos que figuran en mi declaración impositiva superan los declarados en la solicitud, puedo deber un monto adicional de impuestos federales sobre la renta.

Declaración y firma

He leído y comprendido la información de esta solicitud. Al firmar este documento, certifico bajo pena de perjurio que las respuestas son correctas y están completas a mi leal saber y entender, incluida la información sobre la ciudadanía y la condición de extranjero. Acepto además lo siguiente:

- Comprendo las preguntas y declaraciones contenidas en esta solicitud. En caso de no comprender alguna, sé que puedo recibir ayuda y obtener respuestas a mis preguntas comunicándome con HealthSource RI al teléfono 1-855-840-4774.
- Comprendo que puedo recibir sanciones por proporcionar información falsa o infringir las normas.
- Comprendo que la agencia puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones.
- Entiendo que, conforme a la Sección 40-6-15 de las Leyes Generales del Estado de Rhode Island (Rhode Island General Laws), se puede imponer una multa de un máximo de \$1,000 o una pena de hasta 5 (cinco) años de prisión, o ambas sanciones, a toda persona que obtenga o intente obtener asistencia pública a la que no tenga derecho, o bien que ayude o incite a alguien más a hacerlo, así como a toda persona que de forma intencional no declare debidamente sus ingresos, recursos o circunstancias personales, o los aumentos de estos, cuando superen los montos declarados con anterioridad.

Bajo pena de perjurio, doy fe de la veracidad de la identidad de los menores identificados en la presente y de toda la información contenida en esta solicitud. Comprendo que infringiré la ley si proporciono información errónea y que podré ser sancionado conforme a las leyes federales, estatales o ambas.

Firma

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha



Familiar - Otros ingresos

Nota: No incluya las siguientes fuentes como ingresos: manutención de menores, regalos, Ingresos Suplementarios de Seguridad Social (SSI), Ingresos de Seguro por Discapacidad Temporal de Rhode Island (TDI), Ingresos por Discapacidad de Veteranos, compensación a los trabajadores, Asistencia en Efectivo para Trabajadores, Beneficios del Programa de Asistencia para Complementar la Nutrición (SNAP), ingresos por préstamos (tales como préstamos estudiantiles, de su casa, o préstamos bancarios), o becas estudiantiles (si cuenta la porción de la beca utilizada como gastos de vivienda como ingresos).

1. ¿Percibe ingresos por alquileres o regalías? *El ingreso por alquileres es la cantidad de dinero que alguien le paga por utilizar su propiedad menos el monto invertido en su mantenimiento. El ingreso por regalías incluye los pagos que recibe por una patente, el derecho de autor o algún otro recurso natural de su propiedad. Asegúrese de no volver a incluir los ingresos por alquileres o regalías que ya haya indicado en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.*

Sí No Si la respuesta es Sí, indique el monto de sus ingresos por alquileres o regalías: _____
1.a. Resultado: Ganancias Pérdidas **1.b.** Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

2. Ingresos (o pérdidas) por ganancias de capital o inversiones Sí No
 Si la respuesta en Sí, proporcione más información sobre los ingresos por dividendos, intereses, ganancias o pérdidas de capital, e ingresos de sociedades, corporaciones o fideicomisos que percibe esta persona y que no se hayan incluido en la sección de ingresos como trabajador por cuenta propia.

2.a. Intereses (incluidos los intereses exentos de impuestos): _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año
2.b. Ganancias netas de capital (beneficio obtenido menos las pérdidas de capital): _____
 Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año Resultado: Ganancias Pérdidas
2.c. Dividendos: _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año
2.d. Ingresos de sociedades, corporaciones y fideicomisos: _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

3. Ingresos por agricultura/pesca _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año
 Resultado: Ganancias Pérdidas

4. Desempleo _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

5. Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI). *No incluya los ingresos por la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ni los beneficios por discapacidad para veteranos.* _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

6. Ingresos por jubilación (tales como planes 401K, jubilación del Seguro Social, distribuciones de una cuenta IRA sujetas a impuestos, pensiones, jubilaciones militares o anualidades) _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

7. Pensión alimenticia/manutención del cónyuge _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

8. Otros ingresos (tales como cancelación de deudas, adjudicaciones judiciales, pagos por servicio como jurado no proporcionados a un empleador, ayudas en efectivo, apuestas, premios o ingresos obtenidos en el extranjero. Incluya a continuación los reintegros, créditos o compensaciones gravables provenientes de impuestos sobre la renta locales o estatales).
 _____ Frecuencia: Por semana Cada 2 semanas Por mes Por año

Familiar - Deducciones impositivas

Deducciones: el propósito de las deducciones impositivas consiste en reducir sus ingresos gravables. A los fines de HealthSource RI, si paga alguno de estos gastos, significa que su ingreso es inferior y es posible que reciba un crédito fiscal más elevado para reducir el costo de su seguro. Algunos de los gastos que paga pueden deducirse de su declaración de impuestos sobre la renta. Si decide declarar estas deducciones, es posible que se reduzca el costo de su seguro de salud.

9. Complete la información solicitada a continuación en relación con cualquier gasto que pueda deducirse (si declarará impuestos). Entre las deducciones permitidas se incluyen las siguientes:

Pago de pensión alimenticia	Contribuciones a cuentas de ahorro de salud (HSA)	Deducciones impositivas para trabajadores por cuenta propia
Intereses devengados de préstamos a estudiantes	Deducciones de cuentas IRA/401K	Planes de jubilación y seguro de salud para trabajadores por cuenta propia
Gastos de educador	Pago de sanciones por retiro anticipado de los ahorros	Gastos comerciales de artistas escénicos, miembros de la reserva militar y funcionarios del gobierno que cobran honorarios
Matrículas y cuotas escolares	Gastos de mudanza por cambio de empleo	Actividades de producción nacional

Deducciones	Monto (\$)	Frecuencia
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
Tipo:		<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año

Miembro del grupo familiar - Ingresos anuales estimados para el próximo año (opcional)

10. Si los ingresos de esta persona varían mes a mes, indique la cantidad de dinero que considera que ganará en el próximo año. \$ _____



RHODE ISLAND

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Sírvase usar tinta y escribir en letra de molde legible.

A menos que esté marcada como optativa, toda la información solicitada es obligatoria.

Puede usar este formulario para:

- Inscribirse para votar en Rhode Island.
- Cambiar su nombre o dirección en la inscripción.
- Escoger un partido político o cambiar de partido.

Para inscribirse para votar en RI, tiene que:

- Vivir en Rhode Island.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Haber cumplido 16 años de edad.
(Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones)

INSTRUCCIONES

Casilla 2: Obligatorio. Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirse para votar usando este formulario. Si no marca alguna de estas casillas, se le devolverá el formulario. Si contesta NO, no complete este formulario.

Casilla 3: Si es la primera vez que se inscribe por correo para votar en Rhode Island o si alguien entrega este formulario a nombre suyo, se le **EXIGE** que dé el número de su licencia de conductor o número de identificación estatal expedido por el Departamento de Automotores (DMV) de Rhode Island. Si no tiene ninguno de los dos, deberá dar su los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social. Si no da los datos indicados arriba o si estos no se pueden verificar, se le pedirá que antes de votar le muestre al funcionario electoral un documento de identidad. Los documentos de identidad aceptables se detallan en la sede de la Junta de Elecciones en <http://www.elections.ri.gov> puede comunicarse con la Junta de Escrutadores local (ver el dorso de este formulario).

Casilla 5: Cada persona puede tener una sola residencia legal. Tiene que inscribirse con su residencia actual. Sólo puede indicar una casilla postal o ruta rural en la Casilla 6, "Dirección postal".

Casilla 9: Si deseas inscribirse como miembro de un partido político, marque la casilla correspondiente. **Si dejas la Casilla 9 en blanco, se inscribe sin afiliación.**

Casilla 10: Tiene que FIRMAR y FECHAR el formulario de inscripción. Si no lo hace, se le devolverá el formulario.

Casilla 11: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de nombre legalmente, indique su nombre legal anterior.

Casilla 12: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de dirección, indique su dirección anterior, **incluso si era fuera del estado.**

Antes de que transcurran 3 semanas, recibirá un acuse de recibo del formulario de inscripción de votante. Si no lo recibe, comuníquese con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso). Si tiene preguntas o para averiguar más sobre las fechas límite, acuda a la sede en Internet de la Junta Electoral del estado en <http://www.elections.ri.gov> o póngase en contacto con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso).

(Se autoriza la reproducción de este formulario)

Formulario de Inscripción de Votantes de Rhode Island

1. Marque lo que corresponda: Inscripción votante nuevo Cambio dirección Cambio partido Cambio nombre

2. Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island Sí No

Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones) Sí No

Si marcó NO en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.

3. No. de licencia de conductor de RI
No. de tarjeta de identidad de RI:

Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social:

Si no puso ningún número, vea arriba en Instrucciones, Casilla 3.

4. Apellido Nombre 2º nombre (o la inicial)

5. Dirección residencial (No puede ser una casilla postal) Apto. Ciudad/Pueblo Estado Código ZIP

RI

6. Dirección postal (si es distinta de la dirección de la Casilla 5) Apto. Ciudad/Pueblo Estado Código ZIP

7. Fecha de nacimiento **8.** No. de teléfono / Correo electrónico (optativo) **9.** Selleccione su partido: Demócrata Moderado

Mes Día Año

Republicano Sin afiliación Otro

10. Juro o afirmo que:

- No estoy recluso ni en cárcel ni prisión, condenado por un delito mayor.
- No he sido declarado "incompetente mental" para votar por ningún juzgado.
- A mi leal entender, la información que he dado es verídica, so pena de perjurio. Si doy información falsa, puedo ser multado, encarcelado o (si no soy ciudadano de EE.UU.) deportado del país o se me puede negar el ingreso a Estados Unidos.

Uso oficial para código de barras

Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca.

Fecha de la firma MM/DD/AAAA

¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla)

Advertencia: Si firma este formulario a sabiendas de alguna falsedad, pueden ser condenado y multado hasta \$5,000 o encarcelado hasta 10 años.

11. Nombre anterior (si es disinto del de la Casilla 4) **12.** Dirección de su inscripción anterior (Ciudad/Pueblo, Estado, ZIP y Condado)

Remite



Requiere franqueo. La Oficina Postal no hará entrega si no tiene el debido franqueo.

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

Three horizontal lines for address information.

*****Plegar aquí y pegar arriba con cinta*****

INSTRUCCIONES PARA REMITIR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

- Todo solicitante que opte por remitir su formulario de inscripción de votante por correo, deberá hacerlo de la manera siguiente:
1. Plegar el formulario en la línea punteada y usar cinta pegante para pegar el borde inferior del formulario con su borde superior.
2. Ubicar, en la lista que figura a continuación, la dirección de la Junta de Escrutadores en la ciudad o pueblo en el que se está inscribiendo para votar. Inserte dicha dirección en el espacio correspondiente debajo de "Remitir a: BOARD OF CANVASSERS" en el costado de la dirección del formulario de inscripción de votante. Escriba su remite en el espacio indicado.

NOTIFICACIÓN: Toda intromisión de su privacidad al inscribirse para votar o al escoger un partido político es contravención de la ley. Si usted considera que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse, o con su privacidad al tomar esta decisión, o al escoger un partido político, puede presentar una queja ante la Junta Estatal de Elecciones, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

JUNTAS DE ESCRUTADORES LOCALES

Table listing local election boards across Rhode Island, including locations like Barrington, Exeter, and Smithfield.

Toda consulta sobre la inscripción de votantes puede dirigirse a:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov