HealthSourceRI
EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

SOLICITUD DE

Cobertura del cuidado de la salud

(y para averiguar si puede conseguir ayuda con los costos)

Use esta solicitud para ver para qué cobertura califica:	• Cobertura del cuidado de la salud gratis o de bajo costo de Medical Assistance de Rhode Island o del Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) • Un nuevo crédito fiscal que puede ayudarle a pagar sus primas de seguro de salud • Planes de salud privados
Haga su solicitud más rápido en línea:	**Haga su solicitud más rápido en línea en www.healthsourceri.com, www.dhs.ri.gov o www.ohhs.ri.gov** Esta solicitud tiene todas las preguntas que usted podrá ver en línea en nuestro sitio web. Hay muchas páginas que se repiten para acomodar familias más grandes. Mire las notas en la parte superior de las secciones, para ver si puede saltarse la sección.
Información que puede necesitar para hacer la solicitud:	• Números del Seguro Social • Fechas de nacimiento • Números de pasaporte, extranjero o de inmigración para los inmigrantes legales que necesiten cobertura del cuidado de la salud • Declaraciones de impuestos anteriores, información sobre los ingresos para todos los adultos y todos los menores de 19 años que tengan que hacer la declaración de impuestos • Información sobre la cobertura del cuidado de la salud disponible para su familia • Formularios W-2 • Formularios 1099 • Información del seguro de salud del empleador actual, incluso si usted no está cubierto por el plan de seguro de su empleador
¿Por qué le pedimos tanta información?	Necesitamos la siguiente información para determinar para qué cobertura del cuidado de la salud califica usted. Nosotros mantendremos toda la información que nos proporcione de manera privada tal como lo exige la ley.
Envíe su solicitud completa y firmada a:	HealthSource RI HZD Mailroom 74 West Road, Suite 900 Cranston, RI 02920-8413
Consiga ayuda con esta solicitud:	• En línea: www.healthsourceri.com, www.dhs.ri.gov o www.ohhs.ri.gov • Teléfono: Llame al Centro de Atención al Cliente al 1-855-609-3304 o al 1-888-657-3173 (TTY) • En persona: Para encontrar ayuda en persona con la solicitud visite www.healthsourceri.com, www.dhs.ri.gov o www.ohhs.ri.gov o visite 70 Royal Little Drive, Providence RI (de lunes a sábado de 8:00 AM a 9:00 PM, los domingos de 12:00 PM del mediodía a 6:00 PM)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Definiciones

HealthSource RI: HealthSource RI es el intercambio de prestaciones de seguros de salud para el estado de Rhode Island. Es una nueva forma para las personas, familias y las pequeñas empresas de Rhode Island de comparar e inscribirse en cobertura del cuidado de la salud y obtener acceso a créditos fiscales y costos compartidos reducidos. HealthSource RI también puede proporcionar información y ayuda con las solicitudes para programas públicos como Medical Assistance de Rhode Island. Usted tiene acceso a HealthSource RI en línea, por teléfono o en persona.

Prima: Una prima es la cantidad que usted paga cada mes por su seguro de salud, esté sano o enfermo.

QHP: QHP son las siglas de Qualified Health Plan (Plan de Salud Calificado). Quiere decir que cumple con los estándares de Rhode Island para el seguro de salud. Todos los planes deben cubrir las visitas al médico, estadías en el hospital, recetas y atención de salud mental.

Deducible: El deducible es la cantidad que usted debe por ciertos servicios del cuidado de la salud antes de que su seguro de salud empiece a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de $1,000, y usted necesita una operación de rodilla, usted paga los primeros $1,000 de la factura. Después de eso, su plan de salud empieza a pagar por el costo de su atención médica.

APTC: APTC quiere decir Advance Premium Tax Credit (Crédito fiscal anticipado para las primas). Dependiendo de sus ingresos, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal federal para ayudarle con el costo de su prima del seguro de salud. En vez de esperar a reclamar el crédito cuando hace su declaración de impuestos, usted puede tomar el crédito “con anticipación” cada mes para ayudarle a pagar su prima mensual. El Crédito Fiscal Anticipado para las Primas se paga directamente a su proveedor del seguro.

Reducciones de Costos Compartidos: Algunos de los residentes de Rhode Island calificarán para las Reducciones de Costos Compartidos. Estas le ayudan a pagar el costo de ir al médico o de recibir un servicio de cuidado de la salud.

Cobertura Esencial Mínima: Este es el tipo de cobertura que necesita una persona para satisfacer el requisito de responsabilidad individual en virtud de la Ley de Asistencia Asequible. Esto incluye las políticas individuales del mercado, cobertura basada en el trabajo, Medicare, Medicaid, Children’s Health Insurance Plan (CHIP, Plan de Seguro de Salud para Niños), TRICARE y otras coberturas que cubren los Beneficios Esenciales de Salud.

Estándar Mínimo de Valor: Un plan de salud satisface el "estándar mínimo de valor" si la participación del plan en los costos totales de beneficios cubiertos no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. Si usted no tiene acceso a ninguna cobertura de salud que satisfaga el estándar mínimo de valor, puede ser elegible para los créditos fiscales que le ayudarán a cubrir el costo del seguro.

Requisito de Responsabilidad Individual: Comenzando en el 2014, el requisito de responsabilidad individual de los costos compartidos exige que cada persona tenga la cobertura de salud esencial mínima (conocida como cobertura esencial mínima) para cada mes, que califique para una exención, o que haga un pago cuando haga su declaración federal de impuestos.

Medical Assistance de Rhode Island: Programas públicos de cobertura de la salud para residentes elegibles de Rhode Island. Medical Assistance de Rhode Island es el nombre que se usa en Rhode Island para Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children’s Health Insurance Program, CHIP) y programas del cuidado de la salud financiados solamente por el estado.

Derechos y Responsabilidades de la Cobertura del Cuidado de la Salud

Sus derechos para todos los programas de cobertura de salud. HealthSource RI y la Oficina Ejecutiva de Servicios Sociales y de Salud de Rhode Island (Rhode Island Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) deben:

Ayudarle a llenar todos los formularios requeridos: Usted puede ponerse en contacto con HealthSource RI o EOHHS para que le ayuden.

Proporcionarle servicios de intérprete o traductor sin que le cueste nada a usted para comunicarse con HealthSource RI o EOHHS.
De conformidad con la política de la ley federal y estatal del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) de los EE.UU., **esta institución tiene prohibido discriminar basándose en la raza, color, origen nacional (personas con poco dominio del inglés), edad, sexo, discapacidad, religión, identidad sexual u opinión política.** Para presentar una queja de discriminación, póngase en contacto con el HHS. Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). HHS es un empleador y proveedor con igualdad de oportunidades.

Sus responsabilidades para todos los programas de cobertura de salud.

Divulgación del SSN. Usted debe proporcionar el número del Seguro Social (SSN) de todos los miembros de su familia, incluido usted, que estén solicitando cobertura de salud, incluidos Medical Assistance de Rhode Island, Créditos Fiscales Anticipados para las Primas (Advance Premium Tax Credits, APTC) y Reducciones de Costos Compartidos (Cost Sharing Reductions, CSR), en virtud de la Ley Federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910).

Los SSN se utilizan para comprobar la identidad, ciudadanía, estado de extranjero e ingresos así como para prevenir el fraude y verificar las reclamaciones del cuidado de la salud. También usamos la información del SSN con otras agencias federales y estatales, incluido el Servicio de Rentas Internas, para gestionar nuestros programas y seguir la ley.

Si la agencia lo solicita, proporcione la información o prueba necesaria para decidir si usted es elegible.

Reporte los cambios en los ingresos, tamaño de la familia u otra información de la solicitud lo más pronto posible.

Cosas que debe saber para todos los programas de cobertura de salud:

Existen ciertas leyes estatales y federales que gobiernan la operación de HealthSource RI y EOHHS, sus derechos y responsabilidades como usuario de HealthSource RI y la cobertura obtenida mediante HealthSource RI o EOHHS. Al llenar esta solicitud, usted acepta cumplir con estas leyes y la cobertura aquí obtenida.

La Ley de Inscripción Nacional de Electores de 1973 exige que todos los estados proporcionen ayuda para la inscripción de electores a través de sus oficinas de asistencia pública. El solicitar inscribirse o el negarse a inscribirse para votar no afectará los servicios o beneficios que le proporcionará esta agencia. Usted puede inscribirse para votar en http://www.elections.ri.gov/voting/registration.php.

Puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con la determinación tomada de elegibilidad que afecta su elegibilidad para un plan de salud, subvenciones fiscales o reducciones de costos compartidos. En cumplimiento de la nueva Regla EOHHS propuesta, “Quejas y Audiencias N° 0110” , usted puede presentar una apelación de esta determinación y el asunto será escuchado por un oficial de audiencias. Usted debe presentar la apelación en un plazo de 30 días después de recibir la notificación de la acción que desea apelar. También tendrá la oportunidad de resolver el asunto mediante un proceso de resolución informal. Puede encontrar más información sobre el proceso de apelaciones visitando www.healthsourceri.com, www.dhs.ri.gov o www.ohhs.ri.gov o llamando al Centro de Contacto de HealthSource RI al 1-855-609-3304.

Si la apelación es por una decisión sobre la cobertura de Medical Assistance de Rhode Island, que está sin resolver por una revisión del caso, se programará una Audiencia Administrativa.

Usted puede solicitar servicios de cumplimiento de manutención a través de la Oficina de Servicios de Manutención Infantil. Para obtener una solicitud para estos servicios, vaya a http://www.cse.ri.gov/ o visite su oficina local de la Oficina de Servicios de Manutención Infantil en 77 Dorrance St, Providence RI 02903.

Las restricciones de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) nos impiden discutir la información de salud que tenemos de usted o cualquier miembro de su familia con nadie, incluido un representante autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o usted haya firmado un formulario de consentimiento que autorice la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información de salud mental, resultados de análisis de VIH, SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente, o tratamiento y servicios de dependencia de sustancias químicas.

La información que usted le dé a HealthSource RI o EOHHS está sujeta a verificación por parte de los funcionarios federales y estatales. Para poder revisar su Solicitud y determinar si califica para recibir ayuda financiera, HealthSource RI y EOHHS deben obtener información financiera confidencial y de otro tipo de parte de agencias estatales y federales. Este proceso también puede incluir contactos de seguimiento del personal de la agencia.

Sus datos de empleo y sueldo también serán verificados por HealthSource RI y EOHHS con el Departamento de Trabajo y Capacitación de Rhode Island. Conceder este consentimiento ayudará a simplificar el proceso de solicitud y determinación.

Su información personal estará protegida tal como se describe en la Política de Privacidad de HealthSource RI que se pondrá a su disposición como parte de este proceso de solicitud.

HealthSource RI y EOHHS no son responsables de administrar su plan de seguro de salud. Su compañía de seguro de salud puede darle más información sobre sus beneficios.

Si tiene preguntas sobre las condiciones de su plan de seguro de salud, incluidos los beneficios para los que usted es elegible, gastos de bolsillos bajo su plan, y hacer una reclamación de beneficios o apelar una denegación de beneficios, debe ponerse en contacto con su compañía de seguro de salud. Si usted es elegible para COBRA después de la terminación de cualquier cobertura de seguro de salud, administrar COBRA y proporcionarle los avisos y períodos de elección de COBRA es responsabilidad de su antiguo empleador o emisor.

No cancele ninguna cobertura de seguro actual ni rechace ningunos beneficios COBRA hasta que reciba una carta de aprobación y una póliza de seguro, también conocida como contrato o certificado de seguro, de la compañía de seguro que usted haya seleccionado. Asegúrese de que entiende y acepta las condiciones de la póliza, presta atención especial a la fecha de entrada en vigor, períodos de espera, montos de primas, beneficios, limitaciones, exclusiones y cláusulas adicionales.

Su derecho a Medical Assistance de Rhode Island solamente. EOHHS y HealthSource RI deben:

Darle 30 días para proporcionar la información que necesitamos. Si usted no nos da la información o no pide más tiempo podemos denegarle, cerrar o cambiar su cobertura del cuidado de la salud.

Notificarle, en la mayoría de los casos, al menos 10 días antes de que interrumpamos su cobertura del cuidado de la salud.

Darle una decisión por escrito, en la mayoría de los casos, en un plazo de 30 días. La cobertura del cuidado de la salud y algunos casos de discapacidad pueden llevar de 45 a 90 días.

Continuar con su cobertura de Medical Assistance de Rhode Island mientras decidimos si usted es elegible para otro programa.

Sus responsabilidades para con Medical Assistance de Rhode Island solamente. Usted debe:

Reportar los cambios que haya reportado en la solicitud en un plazo de 10 días a partir del cambio.

Cooperar con la Oficina de Servicios de Manutención Infantil si recibe cobertura de Medical Assistance de Rhode Island. Usted debe establecer, modificar o aplicar la manutención para los niños que estén bajo su cuidado, y establecer la paternidad (si fuese necesario). Si usted puede demostrar que tiene una buena razón para creer que la cooperación con la Oficina de Servicios de Manutención Infantil le pone a usted, a sus hijos, o a los niños que estén bajo su cuidado en peligro del padre que no tiene la custodia, usted puede tener una buena causa para no cooperar.

Cooperar con el personal de Garantía de Calidad cuando se lo pidan.

Solicitar y hacer el esfuerzo razonable para recibir posibles ingresos de otras fuentes cuando solicite o reciba cobertura de Medical Assistance de Rhode Island.

Cosas que debe saber para Medical Assistance de Rhode Island solamente:

Al solicitar y recibir Medical Assistance de Rhode Island, usted concede al estado de Rhode Island todos los derechos a los pagos de apoyo médico y de terceros para la asistencia médica, incluido el seguro contra accidentes. Cuando usted recibe Medical Assistance de Rhode Island, usted asigna sus derechos de apoyo médico a la Oficina de Servicios de Manutención Infantil.

Si usted deja de recibir Medical Assistance de Rhode Island, debe comunicar a la Oficina de Servicios de Manutención Infantil los cambios que afecten su ayuda para gastos médicos, como si su hijo se ha mudado o su dirección ha cambiado.

Por ley (Leyes Generales de RI 40-8-15), si usted tiene 55 años o más Y recibe servicios de Medical Assistance de Rhode Island, Medicaid puede recuperar de su herencia (bienes que usted posea en el momento de su fallecimiento) para pagar a Medicaid por los costos de asistencia médica. Esto se llama RECUPERACIÓN DEL ESTADO. Las tierras tribales y ciertas propiedades que pertenecen a los indios americanos y a los nativos de Alaska pueden estar exentos de la recuperación. Si usted tiene herederos dependientes, la recuperación de la herencia puede no aplicarse o retrasarse por razones de dificultad extrema.

La Recuperación de la Herencia no ocurre hasta después de su fallecimiento. Medicaid puede recuperar los costos por los servicios del cuidado de la salud a largo plazo financiados solamente por el estado recibidos a cualquier edad.

Usted puede estar limitado a un solo proveedor médico, farmacia, y/u hospital si busca servicios médicos no necesarios de los proveedores.

Cosas que debe saber de los planes de salud calificados solamente:

Si usted se inscribe en un plan de salud calificado a través de HealthSource RI y no proporciona información suficiente para que HealthSource RI verifique su elegibilidad de comprar un plan o recibir un plan de costo reducido, o si alguna de la información que proporciona no es verificable, usted tiene 90 días para proporcionar más información para satisfacer los requisitos de elegibilidad de HealthSource RI. Durante este tiempo, usted debe trabajar con el personal de HealthSource RI para intentar proporcionar la información que falte o resolver inconsistencias para que su cobertura y los costos correspondientes puedan efectuarse lo antes posible.

Si usted se inscribe en un plan de salud calificado a través de HealthSource RI y tiene un cambio en sus ingresos,debe notificarlo a HealthSource RI lo antes posible. Un cambio en los ingresos podría cambiar los créditos fiscales o las reducciones de gastos compartidos para los que es elegible para ayudar a pagar el seguro. Nosotros basamos su crédito fiscal en los ingresos que pone en esta solicitud. Si sus ingresos aumentan, usted calificará para un descuento menor en su cobertura de salud. Si no nos comunica sus cambios en los ingresos, continuaremos ofreciendo el mismo descuento cada mes pero usted tendrá que pagar ese dinero en el momento que haga su declaración de impuestos.

Por ejemplo, cuando Susan compra seguro de salud, ella gana unos $30,000 al año. Ella califica para un crédito fiscal de $2,000. Ella decide usarlo para reducir el costo mensual de su seguro de salud. Consigue que le quiten $166 al mes de la factura. Seis meses después tiene un nuevo trabajo y gana demasiado dinero como para obtener el crédito fiscal. Ella no se lo dice a nadie y continúa teniendo el descuento de $166 de su seguro de salud. En el momento de hacer la declaración de impuesto, ella debe $166 por cada mes que no calificó para el crédito.

Las tarifas de las primas están sujetas a cambio basado en las prácticas de suscripción de las compañías de seguros de salud y en la selección que usted haga de beneficios opcionales disponibles, de haberlos. Las tarifas finales siempre las determina la compañía del seguro de salud.

Las tarifas de las primas son para su fecha de entrada en vigor solicitada SOLAMENTE. Si la fecha de entrada en vigor actual de su póliza es diferente de su fecha de entrada en vigor solicitada, el costo real de su póliza puede diferir de las tarifas que figuran en healthsourceri.com, debido a aumentos de las tarifas o cambios de la póliza por parte de la compañía de seguros y/o si uno o más miembros de la familia cumple años. (Las tarifas son muy dependientes de la edad.) La compañía seleccionada no puede garantizar sus tarifas para ningún período de tiempo hasta que se firme un contrato.

HealthSourceRI
EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Solicitud de Cobertura del Cuidado de la Salud

Acerca de usted y su familia

Por favor, incluya las siguientes personas en esta solicitud: usted mismo; su cónyuge; su pareja no casada que viva con usted, pero solo si tienen hijos en común que necesitan la cobertura de salud; sus hijos y cualquier persona menor de 19 años que esté bajo su cuidado y que vive con usted; y cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, incluso si no vive con usted. Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que presentar su propia solicitud. Usted puede completar la solicitud para otras personas de su familia, incluso si usted no necesita cobertura o no es elegible para la cobertura. Puede omitir las preguntas sobre números de Seguro Social para los miembros de la familia que no están solicitando cobertura.

Solicitante principal - Necesitamos un adulto de la familia para ser el contacto de la solicitud

1. Primer nombre | Segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

2. Sexo ☐ M ☐ F | **3.** Fecha de nacimiento Mes:_____ Día:_____ Año:_____

4. ¿Está solicitando cobertura médica? ☐ Sí ☐ No | **5.** ¿Está solicitando cobertura dental? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Tiene un número de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No
Si tiene un SSN, introdúzcalo aquí.
6a. Número de Seguro Social (SSN):_____

7. Mi nombre es diferente del de mi tarjeta de Seguro Social: ☐ Sí ☐ No
7a. Si es SÍ, Nombre en la tarjeta: _____

Miembro de la familia 2 – Puede omitir las preguntas 13-14 si esta persona no está solicitando cobertura del cuidado de la salud

8. Primer nombre | Segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

9. Sexo ☐ M ☐ F | **10.** Fecha de nacimiento Mes:_____ Día:_____ Año:_____

11. ¿Está esta persona solicitando cobertura médica? ☐ Sí ☐ No | **12.** ¿Está esta persona solicitando cobertura dental? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No
Si esta persona tiene un SSN, introdúzcalo aquí.
13a. Número de Seguro Social (SSN):_____

14. ¿Es el nombre de esta persona diferente del de la tarjeta de Seguro Social?: ☐ Sí ☐ No
14a. Si es SÍ, Nombre en la tarjeta: _____

Miembro de la familia 3 – Puede omitir las preguntas 20-21 si esta persona no está solicitando cobertura del cuidado de la salud

15. Primer nombre | Segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

16. Sexo ☐ M ☐ F | **17.** Fecha de nacimiento Mes:_____ Día:_____ Año:_____

18. ¿Está esta persona solicitando cobertura médica? ☐ Sí ☐ No | **19.** ¿Está esta persona solicitando cobertura dental? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No
Si esta persona tiene un SSN, introdúzcalo aquí.
20a. Número de Seguro Social (SSN):_____

21. ¿Es el nombre de esta persona diferente del de la tarjeta de Seguro Social?: ☐ Sí ☐ No
21a. Si es SÍ, Nombre en la tarjeta: _____

Miembro de la familia 4 – Puede omitir las preguntas 27-28 si esta persona no está solicitando cobertura del cuidado de la salud

22. Primer nombre | Segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

23. Sexo ☐ M ☐ F | **24.** Fecha de nacimiento Mes:_____ Día:_____ Año:_____

25. ¿Está esta persona solicitando cobertura médica? ☐ Sí ☐ No | **26.** ¿Está esta persona solicitando cobertura dental? ☐ Sí ☐ No

27. ¿Tiene esta persona un número de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No
Si esta persona tiene un SSN, introdúzcalo aquí.
27a. Número de Seguro Social (SSN):_____

28. ¿Es el nombre de esta persona diferente del de la tarjeta de Seguro Social?: ☐ Sí ☐ No
28a. Si es SÍ, Nombre en la tarjeta: _____

Fotocopie esta hoja para añadir miembros adicionales de la familia.

Cuéntenos sobre usted – Solicitante principal

1. Primer nombre | Segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

1a. Número de teléfono principal
☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo
( )

1b. Número de teléfono secundario
☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo
( )

1c. Dirección de correo electrónico

2. HealthSource RI puede necesitar ponerse en contacto con usted respecto al estado de su solicitud y/o para pedirle información adicional. ¿Cuál es su método preferido de contacto? ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

3. ¿Cuál es su momento preferido de contacto para las llamadas? ☐ Mañanas ☐ Tardes ☐ Noches ☐ Fines de semana ☐ Cualquier momento

4. Idioma hablado preferido
☐ English ☐ Español ☐ Português

4a. Idioma escrito preferido
☐ English ☐ Español ☐ Português

5. Dirección residencial	N.º de apto./unidad	Ciudad	Estado	Código postal
6. Dirección postal *(si es diferente)*	N.º de apto./unidad	Ciudad	Estado	Código postal

Su información adicional

7. Etnia (opcional) ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/latino

8. Raza (opcional)
☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico ☐ Indio ☐ Otro

9. ¿Está usted encarcelado actualmente? ☐ Sí ☐ No

9a. Si es SÍ: Fecha anticipada de puesta en libertad: Mes:_____ Día:_____ Año:_____

10. ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No

10a. Si es SÍ: Fecha de parto: Mes:_____ Día:_____ Año:_____

10b. Número esperado de bebés:

Su información de ciudadanía e inmigración

Puede omitir las preguntas 11-14 si usted no está solicitando cobertura.

11. Estado de inmigración: (marque uno) ☐ Ciudadano de los EE. UU. ☐ Ciudadano naturalizado† ☐ Inmigrante elegible† ☐ Otro

12. Si no es ciudadano, ¿ha vivido en los EE. UU. por algún tiempo antes del 8/22/1996? ☐ Sí ☐ No

13. †Si NO es Ciudadano de los EE. UU. o si es Ciudadano Naturalizado, por favor proporcione la información de su documentación.

Tipo de documento		Número del documento	Fecha de vencimiento (MM/DD/AA)
13a. Certificado de ciudadanía: N.° de extranjero:	☐	Número de ciudadanía	No corresponde
13b. Certificado de naturalización: N.° de extranjero:	☐	Número de naturalización	No corresponde
13c. Permiso de reentrada (I-327): N.° de extranjero:	☐		
13d. Tarjeta de residente permanente (“Tarjeta verde” I-551): N.° de extranjero:	☐	Número I-551:	
13e. Documento de viaje de refugiado (I-571) N.° de extranjero:	☐		
13f. Tarjeta de autorización de empleo (I-766) N.° de extranjero:	☐		
13g. Visa de inmigrante legible por máquina (con lenguaje temporal I-551). Número de visa:_____ País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13h. Sello temporal I-551 (en el pasaporte o I-94, I-94A) País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13i. Registro de llegada/salida (I-94, I-94A) expedido por los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. ID Sevis: _____	☐	Número I-94:	
13j. Registro de llegada/salida en un pasaporte extranjero vigente (I-94) País de expedición: _____ ID Sevis: _____ Número de visa:_____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13k. Pasaporte extranjero vigente País de expedición: _____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13L. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (I-20) no-inmigrante (F-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13m. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (DS2019) visitante de intercambio (J-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13n. Otros documentos o tipos de estado Descripción del documento:_____ Número de extranjero:_____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	

14. Si su nombre es diferente en su documento de inmigración, por favor proporcione el nombre que aparece en el documento:

Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Información de veterano sobre usted

15. ¿Es usted, su cónyuge o padre o madre un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Su información de indio americano y nativo de Alaska

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden tener derecho a las protecciones especiales de Medical Assistance de Rhode Island y de beneficios especiales a través de HealthSource RI.

16. ¿Es usted indio americano o nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No **Si es NO**, pase a la pregunta 18.

Si es SÍ: 17. ¿Es usted miembro de una tribu reconocida federalmente? ☐ Sí ☐ No

Si es SÍ: 17a. Nombre de la tribu **17b.** Estado

17c. ¿Ha recibido alguna vez servicios del Servicio de Salud Indio, programa tribal o programa urbano de salud indio? ☐ Sí ☐ No

17d. ¿Es usted elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indio, de un programa tribal de salud o de un programa urbano de salud indio mediante una referencia de uno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Su Información de Discapacidad y Servicios de Discapacidad

18. ¿Está usted físicamente enfermo, incapacitado, discapacitado o ciego?	☐ Sí ☐ No
18a. ¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria?	☐ Sí ☐ No
Si es SÍ:	
18b. ¿Le impide esta discapacidad trabajar por lo menos 12 meses o causará su fallecimiento?	☐ Sí ☐ No
18c. ¿Se mantiene activo con la Oficina de Servicios de Rehabilitación o Servicios para Ciegos?	☐ Sí ☐ No
18d. ¿Ha solicitado beneficios del Seguro Social (RSDI) o (SSI)?	☐ Sí ☐ No

Preguntas adicionales sobre usted

19. ¿Estaba en acogida temporal en Rhode Island en su 18 cumpleaños?	☐ Sí ☐ No
20. ¿Tiene menos de 19 años y es estudiante a tiempo completo? **Si es SÍ:** Fecha prevista para la graduación: Mes:_____ Día:_____ Año:_____	☐ Sí ☐ No

Su trabajo actual e ingresos

21. ¿Trabaja por cuenta propia actualmente? **Si es NO**, pase a la pregunta 22.	☐ Sí ☐ No
21a. Si es SÍ, tipo de trabajo:	**21b.** Ingresos mensuales brutos del trabajo por cuenta propia: _____ (incluya los gastos del trabajo por cuenta propia en la respuesta a la pregunta 25.)
22. ¿Está actualmente empleado (que no sea por cuenta propia)? **Si es NO**, pase a la pregunta 24.	☐ Sí ☐ No

Si está empleado actualmente, por favor, complete la siguiente información sobre su empleador e ingresos.

22a. Nombre del empleador 1:	**22b.** Número de Identificación Patronal	
22c. Dirección del empleador Ciudad	Estado	Código postal
22d. Sueldo/propinas antes de impuestos:	**22e.** Sueldo/frecuencia de las propinas: ☐ Por horas ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Al mes ☐ Al año	**22f.** Número promedio de horas que trabaja cada semana

Si tiene otro empleador, por favor, complete la siguiente información sobre ese empleador e ingresos.

23a. Nombre del empleador 1:	**23b.** Número de Identificación Patronal	
23c. Dirección del empleador Ciudad	Estado	Código postal
23d. Sueldo/propinas antes de impuestos:	**23e.** Sueldo/frecuencia de las propinas: ☐ Por horas ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Al mes ☐ Al año	**23f.** Número promedio de horas que trabaja cada semana

Fotocopie esta hoja para añadir empleadores adicionales para el solicitante principal.

Sus otros ingresos

24. ¿Tiene otras fuentes ingresos? **Si es SÍ,** marque todo lo que corresponda. **Si es NO**, pase a la pregunta 25.

NOTA: No incluya manutención infantil, pagos de veteranos que no son pensiones ni Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

Fuentes		¿Cuánto? ($)	¿Con qué frecuencia?
24a. Beneficios del Seguro Social	☐		
24b. Desempleo	☐		
24c. Jubilación	☐		
24d. Pensión compensatoria recibida	☐		
24e. Pagos de dividendos *Las compañías le informan de estos ingresos a usted en un formulario IRS 1099-DIV cada año.*	☐		
24f. Ganancias de capital *Estos son los beneficios de las ventas de inversiones, tales como acciones.*	☐		
24g. Pensiones	☐		
24h. Ingresos de agricultura/pesca	☐		
24i. Ingresos de alquiler o regalías *Este es el ingreso mensual del alquiler de una propiedad que no se incluyó en el empleo por cuenta propia.*	☐		
24j. Interés	☐		
24k. Inversiones	☐		
24L. Otros ingresos (ayuda de efectivo, etc.) *Tipo:*	☐		
24m. Otros ingresos *Tipo:*	☐		

Sus deducciones

Hacemos estas preguntas porque estos gastos pueden reducir la cantidad de ingresos que contamos para algunos tipos de cobertura de salud, al igual que el IRS los utiliza para reducir la cantidad de impuestos que usted debe. Contarnos sobre ellos podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

Las deducciones son pagos que se pueden restar de sus ingresos totales.

Las deducciones del negocio son los costos de dirigir un negocio que deben pagarse antes de que el negocio pueda declarar un beneficio. El trabajo por cuenta propia, los ingresos de alquiler/regalías y los ingresos de agricultura/pesca tendrán deducciones de negocio que deben **totalizarse e introducirse como una en el siguiente renglón**. Para más información sobre las deducciones del trabajo por cuenta propia, vea "Instrucciones para la Lista C" en www.irs.gov.

25. Enumere a continuación los elementos que se pueden deducir en su declaración federal de impuestos sobre los ingresos. Las deducciones permitidas incluyen, entre otras, lo siguiente:

Pensión compensatoria pagada	Contribuciones a la cuenta de ahorros de salud	Deducciones de trabajo por cuenta propia
Interés en préstamos de estudiantes	Contribuciones a la cuenta de jubilación antes de los impuestos (se excluyen las contribuciones a la cuenta Roth IRA)	Plan de jubilación del trabajo por cuenta propia
Matrícula y tasas escolares	Costos de mudanza relacionados con un cambio de trabajo	Prima del seguro de salud del trabajo por cuenta propia

Deducciones		¿Cuánto? ($)	¿Con qué frecuencia?
25a. Tipo:	☐		
25b. Tipo:	☐		
25c. Tipo:	☐		
25d. Tipo:	☐		

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Sus ingresos de indio americano/nativo de Alaska

26. ¿Algunos de los ingresos que ha reportado proceden de alguna de estas fuentes?:

- Pagos per cápita de una tribu que proceden de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de tierras designadas como tierras fiduciarias indias por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las reservas antiguas)
- El dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

26a. Si es SÍ:	¿Cuánto? ($)	¿Con qué frecuencia?

Sus ingresos estimados para el próximo año (opcional)

27. Si sus ingresos no son constantes mes a mes, ¿cuánto cree usted que va a ganar el próximo año? $_____

Miembro de la familia 2 - Pase a la página 23 si no hay nadie más de su familia

1. Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

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

3. Si es NO, dirección residencial de esta persona	N.º de apto./ unidad	Ciudad	Estado	Código postal

4. ¿Está esta persona viviendo fuera de Rhode Island temporalmente? ☐ Sí ☐ No

5. Relación con con usted, el solicitante principal:

- ☐ Hermano/hermana
- ☐ Tío/tía
- ☐ Primo hermano
- ☐ Yerno/nuera
- ☐ Cuñado/cuñada
- ☐ Fideicomisario
- ☐ Custodio
- ☐ Cuidador sin parentesco
- ☐ Cónyuge
- ☐ Pareja sentimental
- ☐ Ex-cónyuge
- ☐ Hijo/hija
- ☐ Hijastro/hijastra
- ☐ Sobrino/sobrina
- ☐ Hijo de su pareja sentimental
- ☐ Nieto/nieta
- ☐ Hijo adoptado/hija adoptada
- ☐ Menor en acogida temporal
- ☐ Dependiente patrocinado
- ☐ Padre o madre
- ☐ Padrastro o madrastra
- ☐ Tutor
- ☐ Suegro/suegra
- ☐ Abuelo/abuela
- ☐ Pareja sentimental del padre o la madre

6. Si el miembro 2 de la familia es menor de 18 años, ¿quien es su cuidador principal? ☐ Usted (el solicitante principal)
☐ Miembro de la familia 3 (Nombre:_____) ☐ Miembro de la familia 4 (Nombre:_____)
☐ Otra persona no enumerada en esta solicitud

7. Etnia (opcional) ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/latino

8. Raza (opcional)
☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico ☐ Indio ☐ Otro

9. ¿Está esta persona encarcelada actualmente? ☐ Sí ☐ No
9a. Si es SÍ: Fecha anticipada de puesta en libertad: Mes:_____ Día:_____ Año:_____

10. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No

10a. Si es SÍ: Fecha de parto: Mes:_____ Día:_____ Año:_____
10b. Número esperado de bebés:

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Miembro de la familia 2 - Información de ciudadanía e inmigración

No tiene que contestar las preguntas 11-14 si esta persona no está solicitando cobertura.

11. Estado de inmigración: (marque uno) ☐ Ciudadano de los EE. UU. ☐ Ciudadano naturalizado† ☐ Inmigrante elegible† ☐ Otro

12. Si no es ciudadano, ¿ha vivido esta persona en los EE. UU. por algún tiempo antes del 8/22/1996? ☐ Sí ☐ No

13. †Si esta persona NO es Ciudadano de los EE. UU. o si es Ciudadano Naturalizado, por favor proporcione la información de su documentación.

Tipo de documento		Número del documento	Fecha de vencimiento (MM/DD/AA)
13a. Certificado de ciudadanía: N.° de extranjero:	☐	Número de ciudadanía	No corresponde
13b. Certificado de naturalización: N.° de extranjero:	☐	Número de naturalización	No corresponde
13c. Permiso de reentrada (I-327): N.° de extranjero:	☐		
13d. Tarjeta de residente permanente (“Tarjeta verde” I-551): N.° de extranjero:	☐	Número I-551:	
13e. Documento de viaje de refugiado (I-571) N.° de extranjero:	☐		
13f. Tarjeta de autorización de empleo (I-766) N.° de extranjero:	☐		
13g. Visa de inmigrante legible por máquina (con lenguaje temporal I-551). Número de visa:_____ País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13h. Sello temporal I-551 (en el pasaporte o I-94, I-94A) País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13i. Registro de llegada/salida (I-94, I-94A) expedido por los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. ID Sevis: _____	☐	Número I-94:	
13j. Registro de llegada/salida en un pasaporte extranjero vigente (I-94) País de expedición: _____ ID Sevis: _____ Número de visa:_____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13k. Pasaporte extranjero vigente País de expedición: _____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13L. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (I-20) no-inmigrante (F-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13m. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (DS2019) visitante de intercambio (J-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13n. Otros documentos o tipos de estado Descripción del documento:_____ Número de extranjero:_____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	

14. Si el nombre de esta persona es diferente en su documento de inmigración, por favor proporcione el nombre que aparece en el documento:

Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

Miembro de la familia 2 - Información de veterano

15. ¿Es esta persona, el cónyuge o padre o madre de dicha persona un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Miembro de la familia 2 - Información de indio americano y nativo de Alaska

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden tener derecho a las protecciones especiales de Medical Assistance de Rhode Island y de beneficios especiales a través de HealthSource RI.

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

Si es SÍ:
17. ¿Es esta persona miembro de una tribu reconocida federalmente? ☐ Sí ☐ No
Si es SÍ: **17a.** Nombre de la tribu _____ **17b.** Estado _____

17c. ¿Ha recibido esta persona alguna vez servicios del Servicio de Salud Indio, programa tribal o programa urbano de salud indio?
☐ Sí ☐ No

17d. ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indio, de un programas tribal de salud o de un programa urbano de salud indio mediante un referido de uno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Miembro de la familia 2 - Discapacidades y Servicios de discapacidad

18. ¿Está esta persona físicamente enferma, incapacitada, discapacitada o ciega?	☐ Sí	☐ No
18a. ¿Necesita esta persona ayuda con actividades de la vida diaria?	☐ Sí	☐ No
Si es SÍ:		
18b. ¿Le impide esta discapacidad a esta persona trabajar por lo menos 12 meses o causará su fallecimiento?	☐ Sí	☐ No
18c. ¿Se mantiene esta persona activa con la Oficina de Servicios de Rehabilitación o Servicios para Ciegos?	☐ Sí	☐ No
18d. ¿Ha solicitado esta persona beneficios del Seguro Social (RSDI) o (SSI)?	☐ Sí	☐ No

Miembro de la familia 2 - Preguntas adicionales

19. ¿Tiene esta persona menos de 19 años y es estudiante a tiempo completo? **Si es SÍ**: Fecha prevista para la graduación: Mes:_____ Día:_____ Año:_____	☐ Sí	☐ No
20. Si tiene más de 18 años de edad, ¿estuvo esta persona en el sistema de acogida temporal en Rhode Island en su cumpleaños número 18?	☐ Sí	☐ No
Información sobre Padres Ausentes (Opcional): Esta pregunta solo corresponde a los solicitantes menores de 18 años. **21.** ¿Tiene este menor un padre que vive fuera del hogar?	☐ Sí	☐ No

Si es SÍ, proporcione información sobre el padre o madre que vive fuera del hogar (Opcional)

21a. Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)
21b. Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
21c. País	**21d.** SSN:		

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Miembro de la familia 2 - Trabajo actual e ingresos

22. ¿Trabaja esta persona por cuenta propia actualmente? **Si es NO**, pase a la pregunta 23.		☐ Sí ☐ No
22a. Si es SÍ, tipo de trabajo:	**22b.** Ingresos mensuales brutos del trabajo por cuenta propia: _____ (incluya los gastos del trabajo por cuenta propia en la respuesta a la pregunta 26.)	
23. ¿Está esta persona actualmente empleada (que no sea por cuenta propia)?		☐ Sí ☐ No (**Si es NO,** pase a la pregunta 25)
Si esta persona está empleada actualmente, por favor, complete la siguiente información sobre su empleador e ingresos.		
23a. Nombre del empleador 1:	**23b.** Número de Identificación Patronal (EIN)	
23c. Dirección del empleador Ciudad	Estado	Código postal
23d. Sueldo/propinas antes de impuestos:	**23e.** Sueldo/frecuencia de las propinas: ☐ Por horas ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Al mes ☐ Al año	**23f.** Número promedio de horas que trabaja esta persona cada semana
24. Si esta persona tiene otro empleador, por favor, complete la siguiente información sobre ese empleador e ingresos.		
24a. Nombre del empleador 1:	**24b.** Número de Identificación Patronal (EIN)	
24c. Dirección del empleador Ciudad	Estado	Código postal
24d. Sueldo/propinas antes de impuestos:	**24e.** Sueldo/frecuencia de las propinas: ☐ Por horas ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Al mes ☐ Al año	**24f.** Número promedio de horas que trabaja esta persona cada semana
Fotocopie esta página para añadir empleadores adicionales para el miembro 2 de la familia.		

Miembro de la familia 2 - Otros ingresos

25. ¿Tiene esta persona otras fuentes ingresos? **Si es SÍ**, marque todo lo que corresponda. **Si es NO**, pase a la pregunta 26.

NOTA: No incluya manutención infantil, pagos de veteranos que no son pensiones ni Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

Fuentes		¿Cuánto? ($)	¿Con qué frecuencia?
25a. Beneficios del Seguro Social	☐		
25b. Desempleo	☐		
25c. Jubilación	☐		
25d. Pensión compensatoria recibida	☐		
25e. Pagos de dividendos *Las compañías le informan de estos ingresos a usted en un formulario IRS 1099-DIV cada año.*	☐		
25f. Ganancias de capital *Estos son los beneficios de las ventas de inversiones, tales como acciones.*	☐		
25g. Pensiones	☐		
25h. Ingresos de agricultura/pesca	☐		
25i. Ingresos de alquiler o regalías *Este es el ingreso mensual del alquiler de una propiedad que no se incluyó en el empleo por cuenta propia.*	☐		
25j. Interés	☐		
25k. Inversiones	☐		
25L. Otros ingresos (ayuda de efectivo, etc.) *Tipo:*	☐		
25m. Otros ingresos *Tipo:*	☐		

Miembro de la familia 2 - Deducciones

Hacemos estas preguntas porque estos gastos pueden reducir la cantidad de ingresos que contamos para algunos tipos de cobertura de salud, al igual que el IRS los utiliza para reducir la cantidad de impuestos que usted debe. Contarnos sobre ellos podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

Las deducciones son pagos que se pueden restar de sus ingresos totales.

Las deducciones del negocio son los costos de dirigir un negocio que deben pagarse antes de que el negocio pueda declarar un beneficio. El trabajo por cuenta propia, los ingresos de alquiler/regalías y los ingresos de agricultura/pesca tendrán deducciones de negocio que deben **totalizarse e introducirse como una en el siguiente renglón**. Para más información sobre las deducciones del trabajo por cuenta propia, vea "Instrucciones para la Lista C" en www.irs.gov.

26. Enumere a continuación los elementos que se pueden deducir en su declaración federal de impuestos sobre los ingresos. Las deducciones permitidas incluyen, entre otras, lo siguiente:

Pensión compensatoria pagada	Contribuciones a la cuenta de ahorros de salud	Deducciones de trabajo por cuenta propia
Interés en préstamos de estudiantes	Contribuciones a la cuenta de jubilación antes de los impuestos (se excluyen las contribuciones a la cuenta Roth IRA)	Plan de jubilación del trabajo por cuenta propia
Matrícula y tasas escolares	Costos de mudanza relacionados con un cambio de trabajo	Prima del seguro de salud del trabajo por cuenta propia

Deducciones		¿Cuánto? ($)	¿Con qué frecuencia?
26a. Tipo:	☐		
26b. Tipo:	☐		
26c. Tipo:	☐		
26d. Tipo:	☐		

Miembro de la familia 2 - Ingresos de indio americano y nativo de Alaska

27. ¿Algunos de los ingresos que ha reportado esta persona proceden de alguna de estas fuentes?:

- Pagos per cápita de una tribu que proceden de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de tierras designadas como tierras fiduciarias indias por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las reservas antiguas)
- El dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

27a. Si es SÍ: ¿Cuánto? ($) ¿Con qué frecuencia?

Miembro de la familia 2 - Sus ingresos estimados para el próximo año (opcional)

28. Si los ingresos de esta persona no son constantes mes a mes, ¿cuánto cree que va a ganar el próximo año? $_____

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Miembro de la familia 3 - Pase a la página 23 si no hay nadie más de su familia

1. Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

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

3. Si es NO, dirección residencial de esta persona	N.º de apto./ unidad	Ciudad	Estado	Código postal

4. ¿Está esta persona viviendo fuera de Rhode Island temporalmente? ☐ Sí ☐ No

5. Relación con con usted, el solicitante principal:

- ☐ Hermano/hermana
- ☐ Tío/tía
- ☐ Primo hermano
- ☐ Yerno/nuera
- ☐ Cuñado/cuñada
- ☐ Fideicomisario
- ☐ Custodio
- ☐ Cuidador sin parentesco
- ☐ Cónyuge
- ☐ Pareja sentimental
- ☐ Ex-cónyuge
- ☐ Hijo/hija
- ☐ Hijastro/hijastra
- ☐ Sobrino/sobrina
- ☐ Hijo de su pareja sentimental
- ☐ Nieto/nieta
- ☐ Hijo adoptado/hija adoptada
- ☐ Menor en acogida temporal
- ☐ Dependiente patrocinado
- ☐ Padre o madre
- ☐ Padrastro o madrastra
- ☐ Tutor
- ☐ Suegro/suegra
- ☐ Abuelo/abuela
- ☐ Pareja sentimental del padre o la madre

6. Si el miembro 3 de la familia es menor de 18 años, ¿quien es su cuidador principal? ☐ Usted (el solicitante principal)
☐ Miembro de la familia 2 (Nombre:_____) ☐ Miembro de la familia 4 (Nombre:_____)
☐ Otra persona no enumerada en esta solicitud

7. Etnia (opcional) ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/latino

8. Raza (opcional)
☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico ☐ Indio ☐ Otro

9. ¿Está esta persona encarcelada actualmente? ☐ Sí ☐ No
9a. Si es SÍ: Fecha anticipada de puesta en libertad: Mes:_____ Día:_____ Año:_____

10. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No

10a. Si es SÍ: Fecha de parto: Mes:_____ Día:_____ Año:_____
10b. Número esperado de bebés:

Miembro de la familia 3 - Información de ciudadanía e inmigración

No tiene que contestar las preguntas 11-14 si esta persona no está solicitando cobertura.

11. Estado de inmigración: (marque uno) ☐ Ciudadano de los EE. UU. ☐ Ciudadano naturalizado† ☐ Inmigrante elegible† ☐ Otro

12. Si no es ciudadano, ¿ha vivido esta persona en los EE. UU. por algún tiempo antes del 8/22/1996? ☐ Sí ☐ No

13. †Si esta persona NO es Ciudadano de los EE. UU. o si es Ciudadano Naturalizado, por favor proporcione la información de su documentación.

Tipo de documento		Número del documento	Fecha de vencimiento (MM/DD/AA)
13a. Certificado de ciudadanía: N.° de extranjero:	☐	Número de ciudadanía	No corresponde
13b. Certificado de naturalización: N.° de extranjero:	☐	Número de naturalización	No corresponde
13c. Permiso de reentrada (I-327): N.° de extranjero:	☐		
13d. Tarjeta de residente permanente ("Tarjeta verde" I-551): N.° de extranjero:	☐	Número I-551:	
13e. Documento de viaje de refugiado (I-571) N.° de extranjero:	☐		
13f. Tarjeta de autorización de empleo (I-766) N.° de extranjero:	☐		
13g. Visa de inmigrante legible por máquina (con lenguaje temporal I-551). Número de visa:_____ País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13h. Sello temporal I-551 (en el pasaporte o I-94, I-94A) País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13i. Registro de llegada/salida (I-94, I-94A) expedido por los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. ID Sevis: _____	☐	Número I-94:	
13j. Registro de llegada/salida en un pasaporte extranjero vigente (I-94) País de expedición: _____ ID Sevis: _____ Número de visa:_____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13k. Pasaporte extranjero vigente País de expedición: _____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13L. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (I-20) no-inmigrante (F-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13m. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (DS2019) visitante de intercambio (J-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13n. Otros documentos o tipos de estado Descripción del documento:_____ Número de extranjero:_____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	

14. Si el nombre de esta persona es diferente en su documento de inmigración, por favor proporcione el nombre que aparece en el documento:

Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Miembro de la familia 3 - Información de veterano

15. ¿Es esta persona, el cónyuge o padre o madre de dicha persona un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Miembro de la familia 3 - Información de indio americano y nativo de Alaska

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden tener derecho a las protecciones especiales de Medical Assistance de Rhode Island y de beneficios especiales a través de HealthSource RI.

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

Si es SÍ:
17. ¿Es esta persona miembro de una tribu reconocida federalmente? ☐ Sí ☐ No
Si es SÍ: **17a.** Nombre de la tribu _____ **17b.** Estado _____

17c. ¿Ha recibido esta persona alguna vez servicios del Servicio de Salud Indio, programa tribal o programa urbano de salud indio?
☐ Sí ☐ No

17d. ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indio, de un programas tribal de salud o de un programa urbano de salud indio mediante un referido de uno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Miembro de la familia 3 - Discapacidades y Servicios de discapacidad

18. ¿Está esta persona físicamente enferma, incapacitada, discapacitada o ciega?	☐ Sí	☐ No
18a. ¿Necesita esta persona ayuda con actividades de la vida diaria?	☐ Sí	☐ No
Si es SÍ:		
18b. ¿Le impide esta discapacidad a esta persona trabajar por lo menos 12 meses o causará su fallecimiento?	☐ Sí	☐ No
18c. ¿Se mantiene esta persona activa con la Oficina de Servicios de Rehabilitación o Servicios para Ciegos?	☐ Sí	☐ No
18d. ¿Ha solicitado esta persona beneficios del Seguro Social (RSDI) o (SSI)?	☐ Sí	☐ No

Miembro de la familia 3 - Preguntas adicionales

19. ¿Tiene esta persona menos de 19 años y es estudiante a tiempo completo? **Si es SÍ**: Fecha prevista para la graduación: Mes:_____ Día:_____ Año:_____	☐ Sí	☐ No
20. Si tiene más de 18 años de edad, ¿estuvo esta persona en el sistema de acogida temporal en Rhode Island en su cumpleaños número 18?	☐ Sí	☐ No
Información sobre Padres Ausentes (Opcional): Esta pregunta solo corresponde a los solicitantes menores de 18 años. **21.** ¿Tiene este menor un padre que vive fuera del hogar?	☐ Sí	☐ No

Si es SÍ, proporcione información sobre el padre o madre que vive fuera del hogar (Opcional)

21a. Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)
21b. Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
21c. País	**21d.** SSN:		

Si el miembro 3 de la familia tiene ingresos, use las páginas 29-31 del Anexo A (haga copias para los otros miembros de la familia, de ser necesario) para introducir su información completa sobre los ingresos.

Miembro de la familia 4 - Pase a la página 23 si no hay nadie más de su familia

1. Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellidos | Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

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

3. Si es NO, dirección residencial de esta persona	N.º de apto./ unidad	Ciudad	Estado	Código postal

4. ¿Está esta persona viviendo fuera de Rhode Island temporalmente? ☐ Sí ☐ No

5. Relación con con usted, el solicitante principal:

- ☐ Hermano/hermana
- ☐ Tío/tía
- ☐ Primo hermano
- ☐ Yerno/nuera
- ☐ Cuñado/cuñada
- ☐ Fideicomisario
- ☐ Custodio
- ☐ Cuidador sin parentesco
- ☐ Cónyuge
- ☐ Pareja sentimental
- ☐ Ex-cónyuge
- ☐ Hijo/hija
- ☐ Hijastro/hijastra
- ☐ Sobrino/sobrina
- ☐ Hijo de su pareja sentimental
- ☐ Nieto/nieta
- ☐ Hijo adoptado/hija adoptada
- ☐ Menor en acogida temporal
- ☐ Dependiente patrocinado
- ☐ Padre o madre
- ☐ Padrastro o madrastra
- ☐ Tutor
- ☐ Suegro/suegra
- ☐ Abuelo/abuela
- ☐ Pareja sentimental del padre o la madre

6. Si el miembro 4 de la familia es menor de 18 años, ¿quien es su cuidador principal? ☐ Usted (el solicitante principal)
☐ Miembro de la familia 2 (Nombre:_____) ☐ Miembro de la familia 3 (Nombre:_____)
☐ Otra persona no enumerada en esta solicitud

7. Etnia (opcional) ☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/latino

8. Raza (opcional)
☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska
☐ Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico ☐ Indio ☐ Otro

9. ¿Está esta persona encarcelada actualmente? ☐ Sí ☐ No

9a. Si es SÍ: Fecha anticipada de puesta en libertad: Mes:_____ Día:_____ Año:_____

10. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No

10a. Si es SÍ: Fecha de parto: Mes:_____ Día:_____ Año:_____

10b. Número esperado de bebés:

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Miembro de la familia 4 - Información de ciudadanía e inmigración

No tiene que contestar las preguntas 11-14 si esta persona no está solicitando cobertura.

11. Estado de inmigración: (marque uno) ☐ Ciudadano de los EE. UU. ☐ Ciudadano naturalizado† ☐ Inmigrante elegible† ☐ Otro

12. Si no es ciudadano, ¿ha vivido esta persona en los EE. UU. por algún tiempo antes del 8/22/1996? ☐ Sí ☐ No

13. †Si esta persona NO es Ciudadano de los EE. UU. o si es Ciudadano Naturalizado, por favor proporcione la información de su documentación.

Tipo de documento		Número del documento	Fecha de vencimiento (MM/DD/AA)
13a. Certificado de ciudadanía: N.° de extranjero:	☐	Número de ciudadanía	No corresponde
13b. Certificado de naturalización: N.° de extranjero:	☐	Número de naturalización	No corresponde
13c. Permiso de reentrada (I-327): N.° de extranjero:	☐		
13d. Tarjeta de residente permanente ("Tarjeta verde" I-551): N.° de extranjero:	☐	Número I-551:	
13e. Documento de viaje de refugiado (I-571) N.° de extranjero:	☐		
13f. Tarjeta de autorización de empleo (I-766) N.° de extranjero:	☐		
13g. Visa de inmigrante legible por máquina (con lenguaje temporal I-551). Número de visa:_____ País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13h. Sello temporal I-551 (en el pasaporte o I-94, I-94A) País de expedición: _____ Número de extranjero:_____	☐	Número de pasaporte:	
13i. Registro de llegada/salida (I-94, I-94A) expedido por los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. ID Sevis: _____	☐	Número I-94:	
13j. Registro de llegada/salida en un pasaporte extranjero vigente (I-94) País de expedición: _____ ID Sevis: _____ Número de visa:_____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13k. Pasaporte extranjero vigente País de expedición: _____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13L. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (I-20) no-inmigrante (F-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13m. Certificado de elegibilidad para Estado de estudiante (DS2019) visitante de intercambio (J-1) ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	
13n. Otros documentos o tipos de estado Descripción del documento:_____ Número de extranjero:_____ ID Sevis: _____	☐	Número de pasaporte: Número I-94:	

14. Si el nombre de esta persona es diferente en su documento de inmigración, por favor proporcione el nombre que aparece en el documento:

Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

Miembro de la familia 4 - Información de veterano

15. ¿Es esta persona, el cónyuge o padre o madre de dicha persona un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Miembro de la familia 4 - Información de indio americano y nativo de Alaska

Los indios americanos y nativos de Alaska pueden tener derecho a las protecciones especiales de Medical Assistance de Rhode Island y de beneficios especiales a través de HealthSource RI.

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

Si es SÍ:
17. ¿Es esta persona miembro de una tribu reconocida federalmente? ☐ Sí ☐ No
Si es SÍ: **17a.** Nombre de la tribu _____ **17b.** Estado _____

17c. ¿Ha recibido esta persona alguna vez servicios del Servicio de Salud Indio, programa tribal o programa urbano de salud indio?
☐ Sí ☐ No

17d. ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indio, de un programas tribal de salud o de un programa urbano de salud indio mediante un referido de uno de estos programas? ☐ Sí ☐ No

Miembro de la familia 4 - Discapacidades y Servicios de discapacidad

18. ¿Está esta persona físicamente enferma, incapacitada, discapacitada o ciega?	☐ Sí	☐ No
18a. ¿Necesita esta persona ayuda con actividades de la vida diaria?	☐ Sí	☐ No
Si es SÍ:		
18b. ¿Le impide esta discapacidad a esta persona trabajar por lo menos 12 meses o causará su fallecimiento?	☐ Sí	☐ No
18c. ¿Se mantiene esta persona activa con la Oficina de Servicios de Rehabilitación o Servicios para Ciegos?	☐ Sí	☐ No
18d. ¿Ha solicitado esta persona beneficios del Seguro Social (RSDI) o (SSI)?	☐ Sí	☐ No

Miembro de la familia 4 - Preguntas adicionales

19. ¿Tiene esta persona menos de 19 años y es estudiante a tiempo completo? **Si es SÍ**: Fecha prevista para la graduación: Mes:_____ Día:_____ Año:_____	☐ Sí	☐ No
20. Si tiene más de 18 años de edad, ¿estuvo esta persona en el sistema de acogida temporal en Rhode Island en su cumpleaños número 18?	☐ Sí	☐ No
Información sobre Padres Ausentes (Opcional): Esta pregunta solo corresponde a los solicitantes menores de 18 años. **21.** ¿Tiene este menor un padre que vive fuera del hogar?	☐ Sí	☐ No

Si es SÍ, proporcione información sobre el padre o madre que vive fuera del hogar (Opcional)

21a. Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

21b. Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

21c. País	**21d.** SSN:

Si el miembro 4 de la familia tiene ingresos, use las páginas 29-31 del Anexo A (haga copias para los otros miembros de la familia, de ser necesario) para introducir su información completa sobre los ingresos.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Información sobre la declaración de impuestos – *Llene esto para todos los miembros de la familia*

1. ¿Hay alguna persona de la familia que esté en sus planes presentar una declaración federal de impuestos el año que viene?
☐ Sí ☐ No

Si es SÍ, por favor, responda las siguientes preguntas sobre los impuestos para los miembros de la familia de esta solicitud. **Si es NO**, vaya a la página 24.

2. Estado de la declaración de impuestos esperado para el año calendario en curso

2a. Nombre del declarante	**2b.** Si hace la declaración conjuntamente – Nombre del cónyuge

3. ¿Alguna de las personas que figuran en la solicitud reclaman algún dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No

Si es SÍ, enumere al declarante de impuestos y enumere a los dependientes.

Un dependiente puede ser reclamado por un solo declarante de impuestos. Para que los que hacen declaración conjunta, debe enumerar los dependientes para el declarante de impuestos que firme el formulario de impuestos.

3a. Nombre del declarante	**3b.** Nombre de los dependientes

No es necesario que complete la tabla siguiente si el dependiente ya está en la lista anterior.

4. ¿Habrá alguien de esta familia que sea dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (alguien que no esté en esta solicitud)? ☐ Sí ☐ No

Si es SÍ, Por favor liste a todos los dependientes que estarán en la declaración de impuestos otra persona.

4a. Nombre del dependiente	**4b.** Nombre del declarante	**4c.** Relación del dependiente con el declarante

Información de cobertura de salud – Llene esto para todos los miembros de la familia que están solicitando cobertura

1. ¿Es usted o alguien que está haciendo esta solicitud elegible (o lo será en los próximos 3 meses) para cobertura de seguro de salud de un empleo, incluso si es por el empleo de otra persona, como el cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Si es SÍ, por favor proporcione la información en la siguiente tabla. **Si es NO**, vaya a la página 25.

2. Nombre del empleador	**2a. Número de Identificación Patronal (búsquelo en el W-2 del empleado)**	**2b. Número de teléfono del empleador**

2c. Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal

3. ¿Con quién podemos ponernos en contacto en su trabajo sobre la cobertura de empleados? Nombre del contacto:	**3a.** Número de teléfono del contacto (principal)	**3b.** Número de teléfono del contacto (otro)

3c. Correo electrónico del contacto:

4. Nombre en la solicitud de la persona elegible para el seguro de este empleador:

4a. Estado de la inscripción		**4b. Cambios próximos en su plan**
☐ Inscrito ahora ☐ Espera que la cobertura empiece el ☐ No está inscrito	Fecha de inicio (MM/DD/AAAA) _____	☐ Espera que la cobertura finalice el (MM/DD/AAAA)_____ ☐ Será elegible el (MM/DD/AAAA)_____

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

5a. Estado de la inscripción		**5b. Cambios próximos en su plan**
☐ Inscrito ahora ☐ Espera que la cobertura empiece el ☐ No está inscrito	Fecha de inicio (MM/DD/AAAA) _____	☐ Espera que la cobertura finalice el (MM/DD/AAAA)_____ ☐ Será elegible el (MM/DD/AAAA)_____

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

6a. Estado de la inscripción		**6b. Cambios próximos en su plan**
☐ Inscrito ahora ☐ Espera que la cobertura empiece el ☐ No está inscrito	Fecha de inicio (MM/DD/AAAA) _____	☐ Espera que la cobertura finalice el (MM/DD/AAAA)_____ ☐ Será elegible el (MM/DD/AAAA)_____

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

7a. Estado de la inscripción		**7b. Cambios próximos en su plan**
☐ Inscrito ahora ☐ Espera que la cobertura empiece el ☐ No está inscrito	Fecha de inicio (MM/DD/AAAA) _____	☐ Espera que la cobertura finalice el (MM/DD/AAAA)_____ ☐ Será elegible el (MM/DD/AAAA)_____

8. ¿Quién es el empleado para el seguro de este empleador?

Primer nombre del empleado	Inicial del segundo nombre del empleado	Apellidos del empleado	Sobrenombre

9. ¿Cuál es el costo del plan de menor costo ofrecido del empleador para un empleado individual (sin que cubra a la familia) que cumple con el estándar mínimo de valor (vea la definición en la página 2)? (Nota: Necesitamos saber el costo de este plan, incluso si no está inscrito en el mismo. Usted puede obtener esta información de su empleador. Si el empleador ofrece programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiese el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar, y no recibiese ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.)

Prima del empleado: $_____ Frecuencia de la prima (semanal, mensual, anual)_____

Fotocopie esta página para añadir el seguro proporcionado por otros empleadores u otras personas cubiertas

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Cobertura dental – Llene esto para todos los miembros de la familia que están solicitando cobertura

10. ¿Tiene alguna de las personas de esta solicitud acceso a cobertura dental? ☐ Sí ☐ No **Si es NO,** pase a la pregunta 11.

10a. Si es SÍ, por favor, identifique a todos los miembros de la familia que tengan acceso a cobertura dental.**Si su familia tiene acceso a más de un tipo de seguro, fotocopie esta página y proporcione información sobre cada proveedor de seguro por separado.**

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

10b. Nombre de la compañía de seguro dental	**10c.** Número de póliza	**10d.** Número de grupo

10e. Tipo de cobertura ☐ Individual ☐ Familia

Fotocopie esta página para añadir otros proveedores de seguro dental u otras personas cubiertas

Otra cobertura de salud – Llene esto para todos los miembros de la familia que están solicitando cobertura

11. ¿Está alguna de las personas de esta solicitud inscrita en otro seguro de salud no público? ☐ Sí ☐ No

11a. Si es SÍ, por favor indique lo que corresponda. ☐ COBRA ☐ Plan de jubilado

11b. Por favor, identifique qué miembros de la familia tienen acceso a este seguro.

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

11c. Por favor, identifique qué miembros de la familia están inscritos en este seguro.

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

12. ¿Está alguna de las personas de esta solicitud inscrita en otra cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No

12a. Si es SÍ, por favor, seleccione UNA.**Si alguien de su familia está inscrito en más de un tipo de seguro, fotocopie esta página y proporcione información sobre cada proveedor de seguro por separado.** ☐ Cobertura de veteranos ☐ CHIP ☐ Medicaid ☐ Cuerpo de Paz ☐ Medicare ☐ Americorps ☐ TRICARE (no lo marque si tiene Direct Care o Line of Duty) ☐ Privado/Otro

12b. Si usted tiene otro seguro privado, por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre del plan	**Número de póliza**	**Número de grupo**

12c. Por favor, identifique qué miembros de la familia tienen acceso a este seguro.

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

12d. Por favor, identifique qué miembros de la familia están inscritos en este seguro.

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Nombre _____

Fotocopie esta página para añadir otros proveedores de seguros u otras personas cubiertas

Información del representante autorizado

Un representante autorizado es alguien que le ayuda a conseguir cobertura de salud. Este puede ser un pariente o un amigo. Usted le ha dado permiso para ver su información personal y para tomar decisiones sobre su cobertura de salud. Al nombrar un representante autorizado, usted le da permiso a su representante autorizado para:

- Firmar la solicitud en su nombre;
- Recibir notificaciones referentes a su solicitud y cuenta; y
- Actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con la solicitud y la cuenta.

Si alguna vez tiene que cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con HealthSource RI en el 1-855-609-3304.

1. ¿Tiene un representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

Si es SÍ, por favor, conteste las siguientes preguntas:

1a. Primer nombre, Segundo nombre, Apellidos y Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.) del representante autorizado

1b. Número de teléfono principal	**1c.** Número de teléfono secundario	**1d.** Dirección de correo electrónico
☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ( )	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ( )	

1e. HealthSource RI puede necesitar ponerse en contacto con usted respecto al estado de su solicitud y/o para pedirle información adicional. Método de contacto preferido del representante autorizado ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

1f. ¿Cuál es su momento preferido de contacto (para las llamadas telefónicas)?
☐ Mañanas ☐ Tardes ☐ Noches ☐ Fines de semana ☐ Cualquier momento

1g. Idioma hablado preferido (**idioma hablado preferido**)	**1h.** Idioma escrito preferido **(idioma escrito preferido)**
☐ English ☐ Español ☐ Português	☐ English ☐ Español ☐ Português

1i. Dirección postal	N.° de apto./unidad	Ciudad	Estado	Código postal

1j. Nombre de la compañía (si procede)	**1k.** ID de la organización (si procede)

1L. El **Solicitante principal** debe firmar abajo para reconocer que tiene un representante autorizado que puede tomar decisiones en su nombre.

Firma X_____

Para consejeros certificados de solicitudes, navegantes, agentes y agentes de seguros de salud solamente

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegante, agente o agente de seguros de salud que está completando esta solicitud por alguien más.

2. Fecha de inicio de la solicitud (MM/DD/AAAA)

2a. Primer nombre	Segundo nombre	Apellidos	Sobrenombre (por ejemplo, Jr., I, II etc.)

2b. Nombre de la organización	**2c.** Número ID (si procede)

Lea detenidamente antes de firmar

SU CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER Y COMPARTIR DATOS ELECTRÓNICOS

Usted ha solicitado participar en el Intercambio de Beneficios de Salud de Rhode Island ("Intercambio"). Para poder revisar su Solicitud y determinar si califica para recibir ayuda financiera, el Intercambio debe obtener información financiera confidencial y de otro tipo de parte de agencias estatales y federales. Al seleccionar la casilla "Acepto" a continuación, usted nos da permiso para obtener, usar y compartir información confidencial sobre usted con una serie de fuentes como el Departamento de Trabajo y Capacitación de R.I., el Departamento de Servicios Sociales, la Oficina Ejecutiva de R.I. de Salud y Servicios Sociales, el Departamento de Salud de R.I., el Departamento de Penitenciarías de R.I., el Servicio de Rentas Internas (IRS) de EE. UU., la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional.

Si no selecciona "Acepto" a continuación, no le negaremos ningún beneficio ni acceso a programas para los cuales califique; no obstante, no podremos ayudarle a acceder a dichos programas si no obtenemos la información necesaria para determinar su elegibilidad.

Puede proceder a buscar y comprar cobertura de seguro de salud sin hacer clic en "Acepto", pero si desea saber si califica para alguna ayuda financiera para la compra de cobertura o si califica para obtener cobertura financiada por fondos públicos u otros programas y apoyos, es necesario que haga clic en "Acepto".

Al compartir y usar la información que usted autoriza al hacer clic en "Acepto" a continuación, cumpliremos con todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales relevantes que protegen su privacidad, incluyendo entre otras: la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (conocida como HIPAA), la Ley de Confidencialidad de las Comunicaciones y la Información sobre Atención Médica de R.I. (R.I.G.L. 5-37.3-1 y siguientes); 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, 26 U.S.C. 6103 y todas las demás leyes y regulaciones correspondientes.

Al hacer clic en "Acepto" a continuación, autorizo al Intercambio y/o a Medicaid a obtener y a usar información confidencial sobre mí de las agencias estatales y federales mencionadas anteriormente y de cualquier otra que fuera necesario a fin de determinar mi elegibilidad para la inscripción en programas de cobertura de seguro de salud financiados con fondos públicos u otros programas así financiados administrados a través de este Sitio y, si califico, coordinar beneficios y pagos y confirmar mi continua elegibilidad. Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que HealthSource RI utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos para el próximo año de la cobertura (2015). HealthSource RI me enviará una notificación, me permitirá hacer cambios, y puedo optar por excluirme en cualquier momento.

☐ Acepto

☐ No acepto y deseo continuar con el envío de una solicitud para comprar seguro de salud sin verificar mi elegibilidad para otros programas y ayudas.

Entiendo que puedo cambiar mi consentimiento en cualquier momento a través de HealthSource RI y/o Medicaid. ☐ Sí ☐ No

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades, y recibido una copia de los *Derechos y Responsabilidades* de HealthSource RI (que aparece en las páginas 3-5 de esta solicitud). ☐ Sí ☐ No

Lea detenidamente antes de firmar

IMPLICACIONES FISCALES DE PROGRAMAS DE ASEQUIBILIDAD DE SEGUROS, Y SU CONSENTIMIENTO PARA QUE HEALTHSOURCE UTILICE LA INFORMACIÓN DE IMPUESTOS

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que HealthSource RI utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos para el próximo año de la cobertura (2015). HealthSource RI me enviará una notificación, me permitirá hacer cambios, y puedo optar por excluirme en cualquier momento.

Entiendo que si se hacen en mi nombre pagos adelantados del crédito fiscal para las primas a fin de reducir el costo de la cobertura de salud para mí y/o mis dependientes:

- Debo presentar una declaración federal de impuestos en el año posterior a mi año de cobertura para el año que recibí cobertura.
- Si estoy casado al final del año de cobertura, tengo que presentar una declaración de impuestos conjunta con mi cónyuge.

También espero que:

Nadie más podrá reclamarme como dependiente en su declaración federal de impuestos del año de su cobertura.

Reclamaré una deducción de exención personal en mi declaración federal de impuestos del año de cobertura para cualquier persona incluida en esta solicitud como dependiente que está inscrita en la cobertura a través de este Intercambio y cuya prima para la cobertura se paga en su totalidad o en parte por pagos adelantados.

Si cambia algo de lo anterior, entiendo que eso podría afectar mi capacidad de obtener un crédito fiscal anticipado para las primas.

También entiendo que cuando presente mi declaración federal de impuestos para el año de cobertura, el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) comparará los ingresos en mi declaración de impuestos con los ingresos en mi solicitud. Entiendo que si los ingresos en mi declaración de impuestos son inferiores a la cantidad de ingresos en mi solicitud, puedo ser elegible para obtener una cantidad adicional de crédito fiscal. Por otra parte, si los ingresos en mi declaración de impuestos son superiores a la cantidad de ingresos en mi solicitud, podría adeudar impuestos adicionales federales sobre los ingresos.

Declaración y firma

He leído y comprendo la información en esta solicitud. Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas, incluida la información acerca de la ciudadanía y del estado de extranjero, y son completas a mi leal saber y entender. Sé que en en virtud de las Leyes Generales del estado de Rhode Island, Sección 40-6-15, se puede imponer una multa máxima de $1,000 o encarcelamiento de hasta cinco (5) años, o ambas cosas, a una persona que obtenga o trate de obtener, o ayude o instigue a cualquier persona para obtener la asistencia pública a la que no tiene derecho o que a propósito no reporta ingresos, recursos o circunstancias personales o incrementos en los mismos que excedan el monto informado anteriormente.

Bajo pena de perjurio, declaro que la identidad de los niños menores de edad identificados en la presente y toda la información contenida en esta solicitud son verdaderos. Entiendo que estaría infringiendo la ley si proporciono información errónea y que puedo ser castigado en virtud de las leyes federales, estatales o ambas.

Firma	**Fecha**
Firma del cónyuge	**Fecha**

HealthSourceRI

EXECUTIVE OFFICE OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

ANEXO A

Información adicional sobre los ingresos (de ser necesario)

Utilice estas páginas si necesita más espacio para incluir información sobre los ingresos de otros miembros de la familia, a menos que ya haya proporcionado esta información. (Haga copias si es necesario añadir la información de ingresos para más de un miembro de la familia.)

Trabajo actual e ingresos		
1. ¿Trabaja esta persona por cuenta propia actualmente?	☐ Sí ☐ No	
1a. Si es SÍ, tipo de trabajo:	**1b.** Ingresos mensuales brutos del trabajo por cuenta propia: _____ (incluya los gastos del trabajo por cuenta propia en la respuesta a la pregunta 5.)	
2. Trabajo actual e ingresos¿Está esta persona actualmente empleada (que no sea por cuenta propia)?	☐ Sí ☐ No	
Si esta persona está empleada actualmente, por favor, complete la siguiente información sobre su empleador e ingresos.		
2a. Nombre del empleador 1:	**2b.** Número de Identificación Patronal	
2c. Dirección del empleador Ciudad	Estado	Código postal
2d. Sueldo/propinas antes de impuestos:	**2e.** Sueldo/frecuencia de las propinas: ☐ Por horas ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Al mes ☐ Al año	**2f.** Número promedio de horas que trabaja esta persona cada semana
Si esta persona tiene otro empleador, por favor, complete la siguiente información sobre ese empleador e ingresos.		
3a. Nombre del empleador 2:	**3b.** Número de Identificación Patronal	
3c. Dirección del empleador Ciudad	Estado	Código postal
3d. Sueldo/propinas antes de impuestos:	**3e.** Sueldo/frecuencia de las propinas: ☐ Por horas ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Al mes ☐ Al año	**3f.** Número promedio de horas que trabaja esta persona cada semana

Fotocopie esta página para añadir empleadores adicionales para este miembro de la familia.

Otros ingresos

4. ¿Tiene esta persona otras fuentes ingresos? **Si es SÍ**, marque todo lo que corresponda. **Si es NO**, pase a la pregunta 5.

NOTA: No incluya manutención infantil, pagos de veteranos que no son pensiones ni Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)

Fuentes		¿Cuánto? ($)	¿Con qué frecuencia?
4a. Beneficios del Seguro Social	☐		
4b. Desempleo	☐		
4c. Jubilación	☐		
4d. Pensión compensatoria recibida	☐		
4e. Pagos de dividendos *Las compañías le informan de estos ingresos a usted en un formulario IRS 1099-DIV cada año.*	☐		
4f. Ganancias de capital *Estos son los beneficios de las ventas de inversiones, tales como acciones.*	☐		
4g. Pensiones	☐		
4h. Ingresos de agricultura/pesca	☐		
4i. Ingresos de alquiler o regalías *Este es el ingreso mensual del alquiler de una propiedad que no se incluyó en el empleo por cuenta propia.*	☐		
4j. Interés	☐		
4k. Inversiones	☐		
4L. Otros ingresos (ayuda de efectivo, etc.) *Tipo:*	☐		
4m. Otros ingresos *Tipo:*	☐		

Deducciones

Hacemos estas preguntas porque estos gastos pueden reducir la cantidad de ingresos que contamos para algunos tipos de cobertura de salud, al igual que el IRS los utiliza para reducir la cantidad de impuestos que usted debe. Contarnos sobre ellos podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

Las deducciones son pagos que se pueden restar de sus ingresos totales.

Las deducciones del negocio son los costos de dirigir un negocio que deben pagarse antes de que el negocio pueda declarar un beneficio. El trabajo por cuenta propia, los ingresos de alquiler/regalías y los ingresos de agricultura/pesca tendrán deducciones de negocio que deben **totalizarse e introducirse como una en el siguiente renglón**. Para más información sobre las deducciones del trabajo por cuenta propia, vea "Instrucciones para la Lista C" en www.irs.gov.

5. Enumere a continuación los elementos que se pueden deducir en su declaración federal de impuestos sobre los ingresos. Las deducciones permitidas incluyen, entre otras, lo siguiente:

Pensión compensatoria pagada	Contribuciones a la cuenta de ahorros de salud	Deducciones de trabajo por cuenta propia
Interés en préstamos de estudiantes	Contribuciones a la cuenta de jubilación antes de los impuestos (se excluyen las contribuciones a la cuenta Roth IRA)	Plan de jubilación del trabajo por cuenta propia
Matrícula y tasas escolares	Costos de mudanza relacionados con un cambio de trabajo	Prima del seguro de salud del trabajo por cuenta propia

Deducciones		¿Cuánto? ($)	¿Con qué frecuencia?
5a. Tipo:	☐		
5b. Tipo:	☐		
5c. Tipo:	☐		
5d. Tipo:	☐		

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Ingresos de indio americano/nativo de Alaska

6. ¿Algunos de los ingresos que ha reportado esta persona proceden de alguna de estas fuentes?:

- Pagos per cápita de una tribu que proceden de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o derechos de tierras designadas como tierras fiduciarias indias por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las reservas antiguas)
- El dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

6a. Si es SÍ: ¿Cuánto? ($) ¿Con qué frecuencia?

Sus ingresos estimados para el próximo año (opcional)

7. Si los ingresos de esta persona no son constantes mes a mes, ¿cuánto cree que va a ganar el próximo año? $_____

ANEXO B

ESTADO de RHODE ISLAND

HealthSource RI y la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Sociales de R.I.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo HealthSource RI puede recopilar, usar y divulgar información personal y médica sobre las personas y cómo las personas pueden tener acceso a esta información.

HealthSource RI está firmemente comprometida a proteger la privacidad de sus usuarios. La información de identificación personal solo será utilizada para ayudar a los usuarios a encontrar, solicitar, comprar e inscribirse en la cobertura de salud, incluyendo ambas opciones, pública y privada. Utilizamos tecnologías líderes en la industria para garantizar la seguridad y la confidencialidad de la información de identificación personal que nos proporcionan nuestros usuarios.

Si en algún momento alguna persona tiene preguntas acerca de su consentimiento para compartir información de identificación personal o si desea revocar su consentimiento para que HealthSource RI utilice su información personal con los propósitos descritos en este aviso, debe ponerse en contacto con HealthSourceRI llamando al 1-855-609 - 3304.

En toda esta política, nos referimos a la información que puede identificarle como un individuo específico, como su nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico, número de Seguro Social o número de tarjeta de crédito, como "información de identificación personal". La "información de identificación personal" incluye también cualquier información relativa a su salud o historial médico.

Por favor, tenga en cuenta la siguiente información importante con respecto a nuestra política de privacidad:

1. **El uso y la divulgación de información sobre solicitantes y personas inscritas se limitará a los fines directamente relacionados con lo siguiente:**
    a. La administración de HealthSource RI. Estos propósitos incluyen la determinación de la elegibilidad para la inscripción en la cobertura de salud, determinar la elegibilidad para otros programas de asequibilidad de seguro o de determinar la elegibilidad para la exención de la obligación de disponer de cobertura de salud.
    b. Cualquier investigación, enjuiciamiento o procedimiento penal o civil realizados en relación con la administración de HealthSource RI.
    c. La administración de cualquier otro programa de asistencia federal o estatal que proporciona ayuda, en dinero en efectivo o en especie, o servicios directamente a las personas en función de las necesidades.
    d. Cualquier otra divulgación se realizará con el consentimiento del solicitante/persona inscrita.

2. **La siguiente información describe la recopilación de información de identificación personal en el curso normal de operaciones comerciales de HealthSource RI para tramitar las solicitudes de seguros.**
    a. **Inscripción**
    Comenzamos a recopilar la información de identificación personal cuando las personas se registran con nosotros. Las personas se pueden registrar con nosotros mediante nuestro sitio web (healthsourceri.com) introduciendo su dirección de correo electrónico y, si están creando

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

una cuenta, eligiendo una contraseña. También se pueden registrar con nosotros a través de nuestro Centro de Contacto brindando cierta información personal o de contacto (p.ej., dirección de correo electrónico, número telefónico, sexo, fecha de nacimiento) a uno de nuestros representantes de servicio al cliente.

b. **Solicitud de seguro de salud y otros productos.**
Si una persona solicita un seguro de salud u otro producto a través de nuestro sitio web, es posible que le pidamos información de identificación personal y/o información de salud relacionada con ella y cualquier miembro de su familia que esté incluido en su solicitud. Esta información será utilizada por su compañía de seguros elegida para tramitar su solicitud. Además, es posible que le pidamos información de tarjeta de crédito o bancaria, que será utilizada para tramitar su solicitud o para cobrar tasas asociadas con su solicitud o primas de seguro al aprobar su solicitud.

c. **Entrega de su cotización o tramitación de su solicitud**.
Es posible que utilicemos la información de identificación personal para ponernos en contacto con los solicitantes/personas inscritas cuando sea necesario para tramitar una solicitud o para proporcionar una cotización. Por ejemplo, se enviarán correos electrónicos durante el proceso de la solicitud para informar a los solicitantes/personas inscritas sobre el estado de su solicitud y para buscar información adicional requerida como parte de la solicitud.

d. **Satisfacción del cliente, referencias y otros productos.**
Nosotros o nuestros proveedores de servicios podemos contactar con los solicitantes/personas inscritas para hacer una encuesta sobre su satisfacción con nuestro servicio, referir nuestros productos y servicios a otras personas, y/o informarles de productos y servicios adicionales.

3. **Nosotros no vendemos información de identificación personal a nadie.**

4. **No revelamos la información de identificación personal a terceros, a menos que se aplique una de las siguientes excepciones limitadas.**

I. **Compañías aseguradoras, agentes con autorización/agentes de seguros de salud y Navegantes, gobierno estatal y federal.** Cuando alguien envía una solicitud para un producto de seguro ofrecido por nosotros, entonces daremos a conocer su información de identificación personal a la compañía de seguros que haya elegido para tramitar su solicitud.

II. **Si alguien presenta una solicitud para un producto de seguros que se ofrece a través de un agente de seguros o agencia, o por medio de un Navegante u otro asistente de solicitudes que tiene una relación con nosotros, podemos compartir su información de identificación personal con esa parte a los efectos de tramitación de su solicitud o inscripción.** A estos socios solo se les permite utilizar su información de identificación personal para tramitar la cotización solicitada, solicitud o formulario de inscripción y están obligados contractualmente a mantener estricta confidencialidad.

III. **Proveedores de servicios.** Podemos dar a conocer su información de identificación personal a otras compañías que nos ayudan a tramitar o dar servicio a solicitudes de seguros o a intercambiar correspondencia con los solicitantes/personas inscritas. Por ejemplo, podemos proporcionar información de identificación personal a un proveedor de servicios para enviar facturas mensuales a las personas inscritas y procesar los pagos recibidos. Las compañías que contratamos para tramitar o procesar solicitudes de seguros o mantener la correspondencia con los solicitantes/personas inscritas no están autorizadas a utilizar la información de identificación personal para sus propios fines, y están contractualmente obligadas a mantener la confidencialidad.

IV. **Obligaciones legales.** Podemos divulgar o reportar información de identificación personal cuando creamos, de buena fe, que la divulgación es necesaria o permitida por la ley, por ejemplo, para cooperar con reguladores o autoridades policiales o para resolver disputas de consumidores.

V. **Consentimiento.** Podemos divulgar o reportar información de identificación personal a terceros únicamente con el consentimiento por escrito de la persona cuyos datos personales pretendemos divulgar. Por ejemplo, podemos divulgar información de identificación personal a un amigo o familiar que está ayudando a una persona para obtener cobertura de salud, pero solo con el consentimiento de esa persona para hacerlo.

Fuera de estas excepciones, no compartiremos su información de identificación personal con terceros.

5. **Recopilamos información anónima sobre los usuarios para nuestros fines internos y podemos compartir esta información anónima con terceros.**

   Información anónima es cualquier información que no identifica personalmente a una persona, incluyendo información demográfica agregada como la cantidad de visitantes a nuestros sitios web desde un estado en particular. Utilizamos la información anónima principalmente con fines de comercialización y para mejorar los servicios que ofrecemos.

   Es posible que utilicemos "cookies", "gifs transparentes" (rastreadores), direcciones de "Protocolo de Internet" y otras tecnologías de monitoreo para recopilar información anónima. Las "cookies" son pequeños archivos que son almacenados por su navegador web para ayudar a un determinado sistema a reconocer al usuario y las páginas que ha visitado en un sitio web. Los "Gifs transparentes" son pequeños gráficos con un identificador único, similar en función a las cookies, que se utilizan para rastrear los movimientos en línea de los usuarios de la web. A continuación se da más información sobre cada una de estas herramientas.

   "Cookies": Nuestro sitio web utiliza cookies para que la experiencia del usuario en línea sea más cómoda. Por ejemplo, podemos utilizar una cookie para almacenar la información de la cuenta entre sesiones y mantener la información sobre las cotizaciones que solicitó el usuario durante su sesión. Además, es posible que utilicemos datos de las cookies para varios fines internos, como estudiar cómo los usuarios navegan en nuestro sitio web. Nosotros no recopilamos información de identificación personal de las cookies. Además, ninguna otra información que recopilamos de las cookies se puede relacionar con su información de identificación personal.

   La mayoría de los navegadores aceptan cookies pero si usted prefiere, puede configurar el suyo de modo que rechace cookies. Incluso sin cookies usted aún puede usar la mayoría de las funciones en nuestro sitio web, incluyendo obtener cotizaciones y solicitar una póliza de seguro.

   "Gifs transparentes": La diferencia principal entre una "cookie" y un "gif transparente" es que los gifs transparentes son invisibles en la página y son mucho mas pequeños que las cookies. Nosotros no recopilamos ninguna información de identificación personal de los gifs transparentes. Además, ninguna otra información que recopilamos de los gifs transparentes se puede relacionar con su información de identificación personal.

   Utilizamos servicios de análisis web de terceros para rastrear y analizar el uso anónimo y la información estadística del volumen de visitantes para ayudarnos a administrar nuestro sitio web, analizar tendencias, mejorar el desempeño de nuestro sitio web y para reportar tráfico en el sitio web. Estos servicios de análisis web utilizan cookies, gifs transparentes, archivos de registro y otras tecnologías de monitoreo web para ayudar a rastrear el comportamiento de los visitantes en nuestro nombre. Estos servicios no utilizan estas tecnologías para recopilar información de identificación personal de los visitantes al sitio web.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

6. **Protegemos la confidencialidad y la seguridad de la información de identificación personal.**

   Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y de procedimientos para proteger su información de identificación personal.

7. **Continuamos evaluando nuestros esfuerzos para proteger su información de identificación personal y nos esforzamos en mantener su información de identificación personal exacta y actualizada.**

   Llevaremos a cabo una revisión anual de todos los riesgos de privacidad, incluyendo actualizaciones importantes o cambios en nuestro sistema y/o política de privacidad. Cualesquiera y todos los riesgos y cambios serán revisados y tratados según corresponda por nuestros encargados de privacidad y seguridad de la información. Nuestros encargados de privacidad y seguridad de la información también serán responsables de la revisión dinámica de los procesos por los que se recopila y se mantiene (incluso cuando su información de identificación personal se recoge o se comparte con los terceros que figuran en el N.° 4), se utiliza, se divulga, se conserva y se elimina su información personal.

   Si cambia la información de identificación personal de una persona o si desean disputar la exactitud o la integridad de su información de identificación personal o si una persona desea corregir o actualizar su información, pueden ponerse en contacto con nosotros en el 1-855-609-3304.

   Las personas también pueden actualizar su información de contacto con los contactos proporcionados anteriormente.

   Además, se puede actualizar el nombre, dirección de correo electrónico y contraseña haciendo clic en el enlace "Iniciar sesión" del sitio web de HealthSource RI (healthsourceri.com) e iniciar sesión con la dirección de correo electrónico y contraseña del usuario.

   Retendremos su información mientras su cuenta esté activa o según sea necesario para brindarle servicios. Retendremos y utilizaremos su información según sea necesario para cumplir con nuestras obligaciones legales, resolver disputas y hacer cumplir nuestros acuerdos.

   Después de haber enviado la solicitud a la compañía de seguros de salud, es posible que haya que contactar con la compañía de seguros directamente para actualizar la solicitud.

8. **Nosotros notificaremos los cambios en nuestras prácticas de privacidad de la información.**

   Si fuésemos a utilizar la información de identificación personal de una manera diferente de la establecida en el momento de la recopilación, notificaremos a todos los usuarios por correo electrónico o si se solicitó previamente, por otro método de contacto. Los usuarios tendrán la opción de decidir si podemos o no utilizar su información de identificación personal de esta manera nueva o diferente. Si hacemos cualquier cambio sustancial en nuestras prácticas de privacidad que no afecten a la información de identificación personal que ya está almacenada en nuestra base de datos, publicaremos un aviso destacado en la parte de privacidad de nuestro sitio para notificar a los usuarios de dicho cambio.

   Si nuestro sistema sufre cambios importantes, publicaremos un aviso destacado en la parte de privacidad de nuestro sitio web para notificar a los usuarios de dicho cambio.

   Este aviso y cualquier cambio futuro al mismo estará disponible en nuestro sitio web.

9. **Las personas pueden optar por no recibir encuestas de satisfacción y/o información sobre nuestros productos y servicios adicionales.**

   Podemos ponernos en contacto con los usuarios para hacer una encuesta sobre la satisfacción con nuestro servicio y/o informarles sobre productos y servicios adicionales.

   Los usuarios pueden excluirse de estas encuestas y/o avisos poniéndose en contacto con nosotros en el 1-855-609-3304.

   Los usuarios seguirán recibiendo comunicaciones nuestras relacionadas con cotizaciones de seguros, solicitudes o políticas incluso si optan por no recibir nuestras encuestas y/o avisos de productos y servicios adicionales.

10. **Estamos a su disposición para responder cualquier pregunta que pueda surgir sobre nuestra política de privacidad o nuestras prácticas de privacidad de la información.**

    Nos pueden hacer las preguntas llamando a nuestro Centro de Contacto al 1-855-609-3304. Contestaremos estas preguntas en un plazo de 30 días.

11. **Enlaces a otros sitios web**

    Nuestro sitio web contiene enlaces a otros sitios web. Tenga en cuenta que al hacer clic en uno de estos enlaces está "haciendo clic" para dirigirse a otro sitio web. Nosotros nos hacemos responsables por las prácticas de privacidad de la información ni del contenido de dichos sitios web. Le recomendamos que lea las políticas de privacidad de estos sitios web vinculados ya que sus prácticas de privacidad de la información pueden ser diferentes de las nuestras.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite healthsourceri.com, dhs.ri.gov o ohhs.ri.gov o llámenos al 1-855-609-3304. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, llame al 1-855-609-3304 y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin que le cueste nada a usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-657-3173.

Notificación al solicitante que se inscribe para votar en Rhode Island

La Junta de Elecciones del estado anima a todos sus ciudadanos a que se inscriban para votar. Su voto le beneficiará a usted y a su familia.

Este paquete de formularios incluye un formulario de inscripción para votantes. Si desea inscribirse para votar, complete y firme el formulario y remítalo a su junta de elecciones local (el directorio está al dorso del formulario).

Inscríbase para votar.

- Si no está inscrito/a para votar en el lugar donde vive actualmente, complete el formulario adjunto.

- El que solicite o no la inscripción como votante no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia.

- Si desea que alguien le ayude a completar el formulario de inscripción para votar, puede traerlo cuando venga a devolver los otros formularios completados de este paquete o puede llevarlo a la Junta de Elecciones de la ciudad/pueblo donde vive. (El directorio de ciudades/pueblos está al dorso del formulario de inscripción para votantes) La decisión en cuanto a pedir o aceptar esta ayuda le corresponde a usted.

- Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a renunciar al mismo, o con su derecho a tomar la decisión sobre si inscribirse o solicitar la inscripción para votar en privado, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede interponer una queja ante el Voter Registration Coordinator, Rhode Island Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, R.I. 02904 o llamando al (401) 222-2345.

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 elecciónes)

INSTRUCCIONES

Casilla 2: Obligatorio. Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirsen 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 elecciónes) ☐ Sí ☐ No

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

3. No. de licencia de conductorde 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		2° nombre (o la inicial)	
5. Dirección residencial (No puede ser una casilla postal)	Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado **RI**	Código ZIP
6. Dirección postal (si es distinta de la dirección de la Casilla 5)	Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado	Código ZIP

7. Fecha de nacimiento
Mes Día Año

8. No. de teléfono / Correo electrónico (optativo)

9. Selleccione su partido: ☐ Demócrata ☐ Moderado ☐ Republicano ☐ Sin afiliación ☐ Otro_____

10. Juro o afirmo que:
- No estoy recluido 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)

02/2012 Regs
Form Revised 12/2012

Remite

_____

_____

_____

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

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

_____

_____

_____

**********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

Barrington Town Hall 283 County Rd. Barrington, RI 02806

Bristol Town Hall 10 Court St. Bristol, RI 02809

Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830

Central Falls City Hall 580 Broad St. Central Falls, RI 02863

Charlestown Town Hall, 4540 So. County Trail, Charlestown, RI 02813

Coventry Town Hall 1670 Flat River Rd. Coventry, RI 02816

Cranston City Hall 869 Park Ave. Cranston, RI 02910

Cumberland Town Hall 45 Broad St. Cumberland, RI 02864

East Greenwich Town Hall PO Box 111 East Greenwich, RI 02818

East Providence City Hall 145 Taunton Ave. East Providence, RI 02914

Exeter Town Hall 675 Ten Rod Rd. Exeter, RI 02822

Foster Town Hall 181 Howard Hill Rd. Foster, RI 02825

Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814

Hopkinton Town Hall One Town House Rd. Hopkinton, RI 02833

Jamestown Town Hall 93 Narragansett Ave. Jamestown, RI 02835

Johnston Town Hall 1385 Hartford Ave Johnston, RI 02919

Lincoln Town Hall 100 Old River Rd. PO Box 100, Lincoln, RI 02865

Little Compton Town Hall PO Box 226 Little Compton, RI 02837

Middletown Town Hall 350 East Main Rd. Middletown, RI 02842

Narragansett Town Hall 25 Fifth Ave. Narragansett, RI 02882

New Shoreham Town Hall PO Drawer 220 Block Island, RI 02807

Newport City Hall 43 Broadway Newport, RI 02840

No. Kingstown Town Hall 80 Boston Neck Rd. North Kingstown, RI 02852

North Providence Town Hall 2000 Smith St. North Providence, RI 02911

North Smithfield Municipal Annex 575 Smithfield Rd, North Smithfield, RI 02896

Pawtucket City Hall 137 Roosevelt Ave. Pawtucket, RI 02860

Portsmouth Town Hall 2200 East Main Rd Portsmouth, RI 02871

Providence City Hall 25 Dorrance St. Providence, RI 02903

Richmond Town Hall 5 Richmond Townhouse Rd. Wyoming, RI 02898

Scituate Town Hall PO Box 328 North Scituate, RI 02857

Smithfield Town Hall 64 Farnum Pike Smithfield, RI 02917

So. Kingstown Town Hall 180 High St Wakefield, RI 02879.

Tiverton Town Hall 343 Highland Rd. Tiverton, RI 02878

Warren Town Hall 514 Main St. Warren, RI 02885

Warwick City Hall 3275 Post Rd. Warwick, RI 02886

W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway W. Greenwich, RI 02817

West Warwick Town Hall 1170 Main St. West Warwick, RI 02893

Westerly Town Hall 45 Broad St. Westerly, RI 02891

Woonsocket City Hall P.O. Box B, 169 Main St. Woonsocket, RI 02895

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