

Complete el paso 2 para miembros adicionales del núcleo familiar que vivan con usted o cualquier persona incluida en su misma declaración de impuestos federales, si presenta una, y anexe este formulario con su solicitud de Medicaid.

| | |
|---|---|
| 1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo | 2. ¿Cuál es su parentesco? |
| 3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 5. Número del Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Necesitamos esto si desea una cobertura de salud y tiene un SSN. | |
| 6. ¿Esta persona tiene la misma dirección que usted? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo, escriba la dirección: | |
| 7. ¿Esta persona vive en Arkansas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 8. Si actualmente está fuera del estado, ¿esta persona tiene intención de regresar a Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Esta persona es la cuidadora principal encargada y con quien vive por lo menos un niño menor de 19 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 10. ¿Esta persona actualmente tiene cobertura de salud y desea continuar con la misma cobertura? En caso negativo, ¿a esta persona le gustaría solicitar la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

ESTATUS DE CIUDADANÍA

11. ¿Esta persona es ciudadano estadounidense o nacionalizado? Sí No

12. ¿Esta persona es ciudadano de las Islas Marshall, Estados Federados de Micronesia o Palau? Sí No

13. Si esta persona no es ciudadano estadounidense ni nacionalizado, ¿tiene un estado migratorio elegible?
 Sí, ingrese a continuación su tipo de documento y número de identificación. No

a. Tipo de documento de inmigración: _____ Extranjero # _____

b. Número del documento de identificación: _____ Fecha de vencimiento del documento _____

c. ¿Esta persona ha vivido en EE. UU desde 1996? Sí No Fecha de entrada a EE. UU. _____

d. ¿Esta persona, su cónyuge o padres son veteranos o miembros del servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

14. Si es hispano/latino, ¿cuál es la raza y etnia de esta persona? (OPCIONAL – Marque todas las que correspondan).
mexicano mexicano-estadounidense chicano puertorriqueño cubano Otro: _____

15. Raza (OPCIONAL – Marque con una (X) todas las que correspondan).

| Raza | X | Raza | X | Raza | X | Raza | X | Raza | X |
|---------|--------------------------|----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| blanco | <input type="checkbox"/> | filipino | <input type="checkbox"/> | negro/afroamericano | <input type="checkbox"/> | nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> | hawaiano/islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> |
| coreano | <input type="checkbox"/> | japonés | <input type="checkbox"/> | indio americano | <input type="checkbox"/> | indio asiático | <input type="checkbox"/> | guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | chino | <input type="checkbox"/> |

16. ESTATUS DE EMBARAZO

¿Esta persona está embarazada? Sí No **En caso afirmativo**, ¿cuál es la fecha de parto prevista? _____ (mm/dd/aaaa). ¿Cuántos bebés espera esta persona durante este embarazo? _____ **En caso negativo**, ¿esta persona ha tenido un hijo en los 90 días anteriores? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de parto? _____

En caso afirmativo, ¿cuántos bebés tuvo? _____ ¿Esta persona es un recién nacido? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la madre biológica y su fecha de nacimiento? _____

INFORMACIÓN SOBRE PADRE/MADRE AUSENTE

17. Brinde la información sobre el PADRE/la MADRE AUSENTE: Nombre: _____ Apellido: _____
Número del Seguro Social (SSN): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ____/____/____ Dirección: _____
Teléfono (____) _____ Parentesco con el niño: _____ ¿Por qué el padre/la madre está ausente del núcleo familiar? _____
Puede demandar que tiene causa legítima para negarse a proporcionar información de padres ausentes si considera que no sería lo mejor para usted o su(s) hijo(s) y debe presentar evidencias para respaldar esta demanda de causa legítima. ¿Le gustaría demandar causa legítima para este padre/madre ausente? Sí No **En caso afirmativo**, proporcione su motivo de causa legítima: _____

ESTATUS DE CUIDADO DE ACOGIDA TEMPORAL

18. ¿Estuvo esta persona en cuidado de acogida en Arkansas a los 18 años o más? Sí No
En caso afirmativo, ¿esta persona estaba inscrita en Medicaid cuando dejó el programa de acogida temporal? Sí No
Esta persona actualmente está inscrita en Medicaid? Sí No

ESTATUS DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS

19. ¿Esta persona planea presentar una declaración federal de impuestos el PRÓXIMO AÑO? (De igual manera puede solicitar la cobertura de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).
En caso afirmativo, responda las preguntas de la A a la C **En caso negativo**, pase a la pregunta C

a. ¿Esta persona presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No
En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona reclamará a alguien a su cargo en su declaración de impuestos? Sí No
En caso afirmativo, nombre a las personas a su cargo: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No
En caso afirmativo, indique el nombre del contribuyente: _____
¿Cuál es la relación de esta persona con el contribuyente? _____

TRABAJO ACTUAL E INFORMACIÓN DE INGRESO

| Empleado | Desempleado | <input type="checkbox"/> Trabajador independiente |
|---|------------------------|---|
| Si esta persona está empleada actualmente, indiquenos su ingreso. Comience en la Pregunta 20. | Pase a la pregunta 28. | Pase a la pregunta 29. |

TRABAJO ACTUAL 1:

| | |
|---|-----------------------------|
| 20. Nombre y dirección del empleador: | 21. Teléfono del empleador: |
| 22. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual | |
| 23. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____ Fecha de inicio en el empleo _____ (mm/dd/aaaa) | |

TRABAJO ACTUAL 2: (adjunte otra hoja de papel para enumerar más trabajos).

| | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|
| 24. Nombre y dirección del empleador: | 25. Teléfono del empleador: | | | |
| 26. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual | | | | |
| 27. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____ Fecha de inicio en el empleo _____ (mm/dd/aaaa) | | | | |
| 28. El año pasado, esta persona: | ¿Cambió de trabajo? | ¿Comenzó a trabajar menos horas? | ¿Dejó de trabajar? | ¿Ninguna de estas? |
| Si esta persona dejó de trabajar, ¿cuál fue la fecha en la que terminó de trabajar? | | | | |
| 29. Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas: | | | | |
| a. Nombre de la empresa: _____ | | | | |
| b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar gastos comerciales) recibirá esta persona de este trabajo por su cuenta este mes? \$ _____ | | | | |

30. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con que recibe esa cantidad.

NOTA: No necesita informarnos sobre manutención infantil, pagos de veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

| INGRESO | Monto | Frecuencia | INGRESO | Monto | Frecuencia | INGRESO | Monto | Frecuencia |
|-----------------------------|-------|------------|---------------------------------|-------|------------|-------------------------|-------|------------|
| Ninguno | | | Interés gravable | | | Interés no gravable | | |
| Dividendos | | | Ingresos extranjeros | | | Desempleo | | |
| Pensiones/jubilación | | | Seguro Social | | | Renta agrícola/pesca | | |
| Cuentas de jubilados | | | Pagos de becas | | | Premios/reconocimientos | | |
| Plusvalías | | | Pensión alimenticia/manutención | | | Monto global | | |
| Ingreso de nativo de Alaska | | | Indio americano | | | Otros ingresos | | |

31. **RETENCIONES:** marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que recibe esa cantidad. Si esta persona paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración federal de impuestos, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta de ingreso neto por trabajo independiente (pregunta 29b).

| Retención | X | Monto \$ | Frecuencia | Retención | X | Monto \$ | Frecuencia |
|---------------------------------|---|----------|------------|---------------------------------|---|----------|------------|
| Pensión alimenticia/manutención | | | | Interés de préstamo estudiantil | | | |
| Otras deducciones: _____ | | | | Otras deducciones: _____ | | | |

32. **INGRESO ANUAL:** complete solo si los ingresos de esta persona cambian cada mes. Si no espera cambios en el ingreso mensual de esta persona, pase a la preg. 33.

| | |
|--|--|
| Su ingreso total este año : \$ _____ | Su ingreso total el próximo año (si considera que puede ser diferente): \$ _____ |
|--|--|

33. **RECIBOS MEDICOS NO PAGADOS.** ¿Esta persona necesita ayuda para pagar recibos médicos de este mes? Sí No

¿Esta persona necesitó ayuda para pagar facturas médicas en los 3 meses pasados? Sí No

¿Estos recibos son de una emergencia médica? Sí No

¿El tamaño del núcleo familiar de esta persona durante los 3 meses anteriores y ahora es el mismo? Sí No

¿El ingreso del núcleo familiar de esta persona durante los 3 meses anteriores y ahora es el mismo? Sí No

En caso negativo, ¿cuál fue el tamaño y el ingreso del núcleo familiar durante esos 3 meses? _____

NOTA: Los destinatarios para trabajos de Arkansas pueden ser elegibles para cobertura retroactiva 30 días antes de la fecha de solicitud.

34. **ESTATUS DE DISCAPACIDAD.** ¿Esta persona tiene una discapacidad? Sí No O ¿es invidente? Sí No

¿Esta persona vive en un centro médico o en un geriátrico? Sí No

¿Qué tipo de instalación es esta? Geriátrico Centro de Desarrollo Humano Hospital Estatal de Arkansas

Centro de Salud Arkansas Instalación de cuidados intermedios para discapacitados intelectuales

¿Esta persona tiene alguna condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (¿tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.? Sí No