



Health First
COLORADO™

Colorado's Medicaid Program



CHP+
Child Health Plan Plus

Número de caso:

Debe tomar medidas o puede perder sus beneficios.

Es hora de renovar su cobertura médica. Necesitamos ver si usted y los miembros de su hogar aún son elegibles para Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).

¿Cómo puedo enviar mi renovación?

- **En internet:** Diríjase a CO.gov/PEAK. Inicie sesión en su cuenta. Haga clic en "Manejar mis beneficios." Luego seleccione "Renovar beneficios." Si no tiene una cuenta, puede crear una en cualquier momento. Siga las instrucciones en CO.gov/PEAK para crear una cuenta.
 - **Aplicación móvil:** Descargue la aplicación Health First Colorado e inicie sesión con su cuenta PEAK o cree una cuenta en la aplicación móvil para completar y firmar electrónicamente el formulario de renovación. Utilice esta aplicación para:
 - Ver si su cobertura está activa
 - Completar su renovación anual
 - Conocer su cobertura de salud
 - Actualizar su información
 - Buscar proveedores
 - Ver su tarjeta de identificación de miembro
- ¡Inscríbase para recibir información útil sobre sus beneficios de Health First Colorado por texto! Envíe "JOIN" a 66596. Podrían aplicarse tarifas por mensajes y transmisión de datos.
- **Papel:** Envíe la página de firma y las páginas actualizadas del formulario de renovación por correo postal, fax o llévelas a su oficina local de condado:
 - **Fax:**
 - **Llame al:** en /Retransmisión estatal: 711 y dígame que está llamando para renovar su cobertura médica.



Visite CO.gov/PEAK para
administrar su cuenta



Health First
COLORADO™

Colorado's Medicaid Program



CHP+
Child Health Plan Plus

Número de caso:

¿Cómo completo este formulario?

- Revise la información actual que tenemos para todos los miembros de su hogar. Debe tomar medidas independientemente de si tiene o no cambios que informar.
- Si **tiene cambios** en su información: Proporcione actualizaciones, **FIRME (En la página 4)** la página de firma del formulario de renovación y devuelva el formulario completo antes del .
 - **Para mantener su cobertura de salud, se le requiere que informe los cambios.** Si tiene cambios y no los reporta, es posible que tenga que devolver los pagos médicos pagados por Health First Colorado.
- Si **no tiene cambios** en su información: **FIRME (En la página 4)** y devuelva la página de firma del formulario de renovación antes del . **Si no devuelve el formulario antes de la fecha límite, puede perder su cobertura de atención médica.**

¿Qué sucede después?

- Haremos la verificación para determinar si usted y su hogar aún son elegibles para Health First Colorado.
- Nos comunicaremos con usted si necesitamos algo más de su parte para ayudarnos a tomar nuestra decisión, incluidas cartas solicitando información o verificaciones sobre los cambios informados. Por favor asegúrese de completar todas las solicitudes de información que enviemos.
- Después del , le enviaremos otra carta para indicarle si aún es elegible para Health First Colorado.



Visite CO.gov/PEAK para
administrar su cuenta

Qué debo saber - Derechos y Responsabilidades

- Estoy firmando este formulario de renovación bajo pena de perjurio. Eso significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. También entiendo que puedo recibir penalidades bajo la ley federal si doy información falsa o no verdadera.
- Las leyes federales y las del estado de Colorado requieren que el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica recupere todos los beneficios de asistencia médica, incluidos los pagos por capitación, pagados a nombre de clientes de Health First Colorado de los patrimonios de clientes difuntos de Health First Colorado que estaban internados permanentemente en una institución. Para los clientes de Health First Colorado que tenían más de 55 años cuando los beneficios se proporcionaron, el Departamento recupera los pagos por servicios de centros para ancianos, servicios a domicilio y comunitarios, y servicios conexos de hospital y medicinas por receta. Hay ciertas exenciones a la recuperación de patrimonio. Por favor, comuníquese con su condado o coestatererecovery@hms.com para más información.
- Sé que soy responsable de mantener mi información actualizada. Entiendo que debo reportar cualquier cambio a la información que he suministrado en los 10 días siguientes al cambio. Entiendo que los cambios que reporte pueden determinar si alguien en mi hogar es elegible para recibir cobertura de salud. Puedo reportar cambios en Internet en CO.gov/PEAK o en la oficina de mi condado u organización que me ayuda.
- Entiendo que el Departamento está autorizado para recoger y procesar la información de mi hogar y confirmar esa información con bases de datos federales que verifican información. Todos en mi formulario me han dado permiso para compartir y presentar su información y para recibir comunicaciones sobre su elegibilidad y su inscripción.
- La información que el Departamento recopila y procesa se utilizará para decidir si yo y los miembros de mi hogar calificamos para la cobertura de atención médica. La autoridad del Departamento para recoger, procesar y verificar mi información proviene de la Ley de Protección de Pacientes y Cuidado de Salud A Bajo Precio y de la Ley de Seguro Social. Entiendo que si no soy elegible para Medicaid o Child Health Plan Plus, el Departamento compartirá mi información con Connect for Health Colorado para ver si soy elegible.
- Sé que bajo la ley federal y la ley del estado, no se permite la discriminación por raza, color, origen étnico o nacional, ascendencia, edad, sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, credo, creencias políticas, discapacidad o estado civil. Puedo presentar una denuncia de discriminación visitando: <https://hcpf.colorado.gov/nondiscrimination-policy> y <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>.
- Si creo que Health First Colorado/Child Health Plan Plus (CHP+) ha cometido un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa que le digo a una oficina del condado o del estado que no estoy de acuerdo con una decisión y quiero una audiencia. Tengo el derecho de representarme en mi audiencia de apelación. También puedo escoger a un abogado, familiar, amigo o cualquier otra persona para que actúe como mi representante autorizado. El Departamento me dirá por escrito (Notificación de Acción) cómo hacer una apelación.



Health First Colorado

Número de caso:

Antes de firmar, por favor consulte “Qué debo saber: derechos y responsabilidades.” **Lea y firme este anexo (Esta página DEBE devolverse)**

1

Marque la casilla que corresponda:

- ☐ He leído todas las partes del Formulario de renovación y derechos y responsabilidades de Health First Colorado/CHP+. Toda la información en el Formulario de Renovación es correcta. **No necesito hacer ningún cambio ni corrección** a la información.
- ☐ He leído todas las partes del Formulario de renovación y derechos y responsabilidades de Health First Colorado/CHP+. **Necesito hacer cambios o correcciones** a la información. Devolveré el Formulario de Renovación con los cambios y correcciones.

Firma de persona de contacto en el hogar o Representante Autorizado**Fecha (MM/DD/AAAA):**

--	--	--	--



- ☐ Marque aquí si un representante autorizado firmó.

Si quiere agregar, cambiar o actualizar a un representante autorizado, llene el formulario que vino con esta carta.

- ☐ Marque aquí si quiere un representante autorizado.

Esto es lo que necesitamos de usted

Nuestros registros indican que necesitamos más información sobre el monto de los ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia que usted o alguien de su familia reciben y la frecuencia con que los reciben. Con este paquete, por favor proporcione una prueba de ingresos de trabajo por cuenta propia.

No tiene que completar la sección de recursos para su redeterminación de ayuda médica. Sin embargo, si recibe beneficios por parte del Programa de ahorros de Medicare o desea presentar una solicitud para cualquier programa de asistencia médica que cuenta los recursos, debe completar la sección de recursos cada año.

Formulario de organización o representante autorizado - Sección del solicitante

Health First Colorado

Número de caso:

Llene este anexo si necesita ayuda para llenar el Formulario de Renovación.

Un Representante Autorizado es una persona u organización de confianza que usted elige para ayudarlo con su Formulario de Renovación. Necesitamos su permiso para que su representante autorizado pueda hablar con nosotros sobre el formulario de renovación, ver su información y actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con su cobertura de salud. Si ya no quiere un representante autorizado, puede ir en Internet a CO.gov/PEAK, o comunicarse con la oficina u organización de su condado, o llenar el formulario a continuación.

Si tiene un representante autorizado ahora, por favor responda estas preguntas.

Vemos que eligió a esta persona como su representante autorizado:

- ¿Aún desea que esta persona sea su representante autorizado? ☐ SÍ ☐ NO
- Si la respuesta es "SÍ", ¿ha cambiado la información de esa persona? ☐ SÍ ☐ NO

Si quiere agregar, cambiar o actualizar la información de un representante autorizado, escriba la nueva información abajo:

Nombre del representante autorizado

Segundo nombre del representante autorizado

Apellido del representante autorizado

Nombre de la organización/compañía (si es aplicable)

Identificación de la organización/compañía (si es aplicable)

Dirección del representante autorizado (déjela en blanco si no tiene una)

Apartamento/Suite #

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

Extensión telefónica

¿Quiere que su nuevo representante autorizado reciba copias de avisos/comunicaciones?☐ SÍ ☐ NO

Al firmar, usted permite al representante autorizado firmar su Formulario de Renovación, obtener información sobre este Formulario de Renovación y actuar por usted en todos los asuntos futuros con esta agencia.

Firma del solicitante**Fecha (MM/DD/AAAA):**

Pida al representante autorizado que llene esta sección si usted agregó o cambió a su representante autorizado.

Al firmar, acepto cumplir con todas las responsabilidades dentro del alcance de la representación autorizada que el individuo que represento debe cumplir, que es distinto a tener autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o cliente. Acepto mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o cliente suministrada por la agencia en cumplimiento de las leyes del estado, las leyes federales y todas otras leyes aplicables. Si un representante autorizado es una organización, se requiere la firma de un contacto de organización que sea un proveedor, un miembro del personal o un voluntario de la organización. Como proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización que es un representante autorizado, afirmo que observaré las regulaciones en 42 CFR §431, Subparte F y a 45 CFR §155.260(f), y 42 CFR §447.10, así como toda otra ley estatal y federal concerniente a conflictos de interés y confidencialidad de la información.

Firma del representante autorizado/contacto organizacional

Fecha (MM/DD/AAAA):

 / /

Si usted ha recibido la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o cliente usando otros medios que no sean la asignación como representante autorizado mediante este formulario, como la capacidad de tomar decisiones médicas o financieras, deberá afirmar que usted tiene esa autoridad y proporcionar los documentos apropiados que verifiquen que usted tiene esa autoridad.

- ☐ Al marcar esta casilla, afirmo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o cliente. (Por favor, suministre una copia de los siguientes documentos con este formulario cuando se presente: un poder, una orden judicial estableciendo tutoría legal u otro documento legal que declare explícitamente que usted puede actuar legalmente en nombre del solicitante o cliente).

2 ¿Cambió su información de contacto?

☐ SÍ ☐ NO

Si respondió "NO", pase a la pregunta 3

Si actualiza su dirección, se actualizará para cada miembro del hogar.
Para agregar o eliminar a alguna persona del hogar, vaya a la **pregunta 3**.

☐ Actualmente no tengo hogar

Dirección particular (Actualmente en archivo)	
Dirección postal (Actualmente en archivo)	

2A Si se mudó a una dirección particular diferente, proporcione información actualizada a continuación:

Calle				Departamento N°.	
Ciudad	Estado	Código postal	¿En qué fecha cambió esta dirección?(MM/DD/AAAA)		

2B Si tiene una dirección postal diferente, proporcione información actualizada a continuación:

¿Usar la dirección particular que figura en 2A? ☐ SÍ ☐ NO Si respondió "Sí", no ingrese una dirección postal a continuación

Calle				Departamento N°.	
Ciudad	Estado	Código postal	¿En qué fecha cambió esta dirección?(MM/DD/AAAA)		

2C Si desea cambiar la forma en que nos comunicamos con usted, proporcione información actualizada a continuación:

Número de teléfono principal (Actualmente en archivo)			
Número de teléfono principal (nuevo)	() -	☐ Celular	☐ Casa
		☐ Trabajo	

Correo electrónico (Actualmente en archivo)	¿Nueva dirección de correo electrónico?
--	---

Método preferido de contacto:	☐ Llamar al teléfono particular	☐ Llamar al teléfono celular	☐ Enviar mensaje de texto al teléfono celular
-------------------------------	--	---	--

Podemos enviar enlaces que le permitan ver avisos electrónicos sobre su caso. Puede elegir más de una opción, pero si no elige, recibirá avisos en papel por correo estándar.

Deseo recibir comunicación por: ☐ Notificaciones en papel ☐ Un correo electrónico enviado a la dirección indicada en 2C

3

¿Necesita agregar o eliminar a alguna persona del hogar?

☐ SÍ ☐ NO

Si respondió "NO", pase a la pregunta 3B

3A

Marque en la siguiente tabla si es necesario eliminar del hogar a algún miembro registrado actualmente:

Beneficios actuales: MA = Asistencia médica, BHA = Administración de Salud Conductual

¿Eliminar?	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Beneficios actuales	Fecha en la que dejaron el hogar
☐ ELIMINAR				/ /

3B

Si alguien en el hogar ha cambiado su nombre, por favor, actualícelo a continuación

Nombre Completo (Actualmente en archivo)	Fecha de nacimiento	¿Cuál es su nuevo primer nombre?	¿Cuál es su nuevo segundo nombre?	¿Cuál es su nuevo apellido?	¿En qué fecha cambió este nombre? (MM/DD/AAAA)
					/ /

3C

Si ha cambiado la relación de algún miembro del hogar con el cabeza de familia, actualícelo a continuación

Individual	Relación con el cabeza de familia (Actualmente en archivo)	¿Cuál es la nueva relación con el cabeza de familia?	¿En qué fecha cambió esta relación? (MM/DD/AAAA)
			/ /

3D

Si el estado civil de algún miembro del hogar ha cambiado, actualícelo a continuación

Individual	Estado civil registrado (Actualmente en archivo)	¿Cuál es el nuevo estado civil?	¿En qué fecha cambió este Estado civil? (MM/DD/AAAA)
			/ /

3E No disponemos del número de la Seguridad Social (SSN) ni del número de identificación fiscal de los siguientes miembros de su unidad familiar. Actualice sus datos a continuación

Si solicitan Health First Colorado o Child Health Plan Plus (CHP+) y tienen un SSN, necesitamos esta información.

- Si proporciona su SSN, nos ayudará a procesar rápidamente su solicitud de cobertura médica. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver para a qué tipo de cobertura médica pueden calificar. No es necesario que proporcione el estado migratorio o el número de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar que no solicitan cobertura médica.

Si no tienen un SSN y están solicitando cobertura médica, díganos por qué no tienen un SSN.

- Si no son elegibles para recibir un SSN, ¿tienen un Número de Identificación de Contribuyente (TIN), como un Número de Identificación de Contribuyente Individual (ITIN) o un Número de Identificación de Contribuyente de Adopción (ATIN)? Si es así, ingréselo a continuación.
- Si no tienen un número de Seguro Social, por favor visite <http://www.ssa.gov/ssnumber> para obtener información sobre cómo solicitar un número de Seguro Social. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

Individual	Número del Seguro Social (SSN) o ID de contribuyente	Si no tiene un SSN, por favor díganos por qué:
	- -	☐ Ha solicitado SSN ☐ Solo es elegible para recibir un SSN por una razón válida que no sea laboral ☐ No es elegible para recibir un SSN ☐ Se niega a obtenerlo debido a una objeción religiosa bien establecida

3F Si hay una nueva persona en su hogar, complete las preguntas restantes:

#1	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sufijo (Jr., Sr. I, II, III):
	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Fecha en la que se agregó al hogar (MM/DD/AAAA):	¿Cuál es su parentesco con esta persona?	
	/ /	/ /		
	Género (Opcional):	Estado civil:	El estado civil de esta persona es	
	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro	A partir del / /		
¿Desea esta nueva persona solicitar cobertura de salud? ☐ SÍ ☐ NO				
En caso negativo, ¿tienen otra cobertura de salud? ☐ SÍ ☐ NO				
Es posible que durante los 3 meses anteriores al mes en que se presentó esta renovación se pueda solicitar ayuda para hacer frente a los gastos médicos anteriores. Si necesitan ayuda para pagar la atención médica recibida cuando no estaban cubiertos los gastos, ¿cuándo la recibieron?				
Incluya un justificante de gastos por cada mes que solicite cobertura retroactiva.				
	Mes uno: (MM/AAAA)	/	Mes dos: (MM/AAAA)	/
			Mes tres: (MM/AAAA)	/
Si solicitan Health First Colorado o Child Health Plan Plus (CHP+) y tienen un SSN, necesitamos esta información.			Si tienen un SSN o identificación de contribuyente, por favor indíquelo a continuación:	
Si proporciona su SSN, nos ayudará a procesar rápidamente su solicitud de cobertura médica. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver para a qué tipo de cobertura médica pueden calificar. No es necesario que proporcione el estado migratorio o el número de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar que no solicitan cobertura médica.			☐ SSN ☐ Número de identificación fiscal del contribuyente	
			- -	
Si no tienen un SSN y están solicitando cobertura médica, díganos por qué no tienen un SSN.			Si no tiene un SSN, por favor díganos por qué:	
- Si no son elegibles para recibir un SSN, ¿tienen un Número de Identificación de Contribuyente (TIN), como un Número de Identificación de Contribuyente Individual (ITIN) o un Número de Identificación de Contribuyente de Adopción (ATIN)? Si es así, ingréselo a continuación.. - Si no tienen un número de Seguro Social, por favor visite http://www.ssa.gov/ssnumber para obtener información sobre cómo solicitar un número de Seguro Social. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).			☐ Ha solicitado SSN	
			☐ Solo es elegible para recibir un SSN por una razón válida que no sea laboral	
			☐ No es elegible para recibir un SSN	
			☐ Se niega a obtenerlo debido a una objeción religiosa bien establecida	

3G Indique a continuación los datos de la nueva persona en su hogar:

1. ¿Esta persona presenta una declaración de impuestos federales? ☐ SÍ ☐ NO
2. Esta persona vive con ambos padres, ¿pero los padres no esperan presentar una declaración de impuestos conjunta? ☐ SÍ ☐ NO
3. ¿Espera esta persona ser reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ SÍ ☐ NO
4. ¿Esta persona tiene una enfermedad médica, física, mental o de desarrollo que ha durado, o se espera que dure, más de 12 meses, incluso la invidencia? ☐ SÍ ☐ NO
5. ¿Esta persona espera ser reclamada por un padre sin custodia (el padre con el que **no** vive el niño la mayoría de las noches) ☐ SÍ ☐ NO
6. ¿Esta persona tiene una condición médica, física, mental o del desarrollo que le haga necesitar ayuda con regularidad con algunas o todas sus actividades de cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer, ir al baño)? ☐ SÍ ☐ NO
7. ¿Esta persona necesita trasladarse a una residencia para personas mayores, cuidado intensivo, un hospital, un hogar grupal, una institución de salud mental o centro de atención médica de largo plazo dentro de los siguientes 30 días, o necesita atención médica en casa para poder permanecer en su hogar? ☐ SÍ ☐ NO
8. ¿Desea esta persona solicitar Medicaid de Emergencia y/o beneficios reproducción? Los solicitantes que no sean ciudadanos estadounidenses ni residentes legales durante al menos 5 años no pueden recibir beneficios completos de Medicaid, pero pueden ser elegibles para los beneficios de Medicaid de Emergencia y beneficios de reproducción. Estos beneficios pueden dar cobertura para emergencias que pongan en riesgo la vida, trabajo de parto y parto para embarazadas, y control de la natalidad. ☐ SÍ ☐ NO
9. ¿Desea solicitar beneficios de planificación familiar? La planificación familiar da cuidados de salud y asesoría para la prevención, retraso o planificación del embarazo. ☐ SÍ ☐ NO
10. ¿Es usted ciudadano o nacido en Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO
11. Si no es ciudadano o no ha nacido en los EE.UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, rellene la tabla siguiente:

Estado de no ciudadano:		Tipo de documento inmigratorio:	
Número de extranjero o formulario I-94:		Número de tarjeta/pasaporte:	
Fecha de expiración del documento:		País de emisión:	
¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?			
¿Es usted, su cónyuge o uno de sus padres, o un veterano con baja honorable o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.?			

4

¿Tiene detalles nuevos sobre las personas en el hogar?

☐ SÍ ☐ NO

Si respondió "NO", pase a la pregunta 5

4A

Si alguna persona del hogar está embarazada actualmente, proporcione los detalles a continuación:

¿Quién está embarazada?	¿Cuándo empezó este embarazo? (MM/DD/AAAA)	Fecha de parto prevista (MM/DD/AAAA)	Cantidad de bebés esperado
	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

Si tiene Colorado Works y no ha proporcionado esto antes, envíe una declaración del médico con una fecha de vencimiento.

4B

Es posible que durante los 3 meses anteriores al mes en que se presentó esta renovación se pueda solicitar ayuda para hacer frente a los gastos médicos anteriores. Si necesitan ayuda para pagar la atención médica recibida cuando no estaban cubiertos, ¿cuándo la recibieron?

Incluya un justificante de gastos por cada mes que solicite cobertura retroactiva.

Individual	Mes uno: (MM/AAAA)	Mes dos: (MM/AAAA)	Mes tres: (MM/AAAA)
	/	/	/

4C

¿Es correcta la información que tenemos archivada?

Individual	¿Está solicitando Health First Colorado? (Sí o No)	Si ha cambiado tal información, ¿cuál es la respuesta correcta?	¿Declara impuestos federales? (Sí o No)	Si ha cambiado tal información, ¿cuál es la respuesta correcta?	¿Vive con ambos padres, pero los padres no esperan presentar una declaración de impuestos conjunta? (Sí o No)	Si ha cambiado tal información, ¿cuál es la respuesta correcta?
		☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO

Individual	¿Espera ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? (Sí o No)	Si ha cambiado tal información, ¿cuál es la respuesta correcta?	¿Espera ser reclamado por un padre que no tiene la custodia (el padre con que el menor no vive la mayoría de las noches)? (Sí o No)	Si ha cambiado tal información, ¿cuál es la respuesta correcta?	¿Esta persona es ahora un estudiante de tiempo completo? (Sí o No)	Si ha cambiado tal información, ¿cuál es la respuesta correcta?
		☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO

4D Si esta persona tiene **cambios a su estado migratorio** actualmente registrado, por favor actualice lo siguiente:

Individual	Estado migratorio (actualmente en archivo)	Si cambia, ¿cuál es su nuevo estado migratorio ?	Si cambió, ingrese la Fecha de cambio (MM/DD/AAAA):
			/ /

4E Si esta persona tiene **cambios en su proveedor de seguro médico (que no sea Medicaid)** actualmente registrados, por favor actualice lo siguiente:

Individual	Otro proveedor de seguro médico (actualmente en archivo)	Si cambió, ¿cuál es su nuevo proveedor de seguro médico ?	Si cambió, ingrese su Fecha de inicio de cobertura (MM/DD/AAAA):
			/ /

4F ¿Desea esta persona solicitar **Medicaid de urgencia y/o beneficios reproductivos**? Los solicitantes que no sean ciudadanos estadounidenses, o residentes legales desde hace al menos 5 años, no pueden recibir beneficios completos de Medicaid, pero pueden optar a Medicaid de Emergencia y a Beneficios Reproductivos. Los beneficios de emergencia de Medicaid y beneficios reproductivos pueden cubrir las emergencias que ponen en peligro la vida, el parto de las personas embarazadas y los métodos anticonceptivos.

Individual	SÍ O NO?
	☐ SÍ ☐ NO

4G ¿Desea solicitar **beneficios de planificación familiar**? La planificación familiar ofrece atención de salud y asesoramiento para prevenir, retrasar o planificar un embarazo.

Individual	SÍ O NO?
	☐ SÍ ☐ NO

5 **Revise la información de ingresos en el expediente e informe si hay algún cambio:**
 Para recibir una decisión más rápida, se puede proporcionar prueba de sus ingresos. La oficina local puede solicitar más información.

5A **Actualice la información vigente registrada sobre los ingresos en su hogar:**
 Si alguno de los miembros de la unidad familiar tiene cambios en sus ingresos (trabajo, trabajo por cuenta propia u otra fuente de ingresos), actualícelos a continuación:

Fuente de ingresos #	[Individual]	[employer]
Ingresos Tipo	Cantidad	¿Cuál es la frecuencia de pago?
☐ Trabajo ☐ Trabajo por cuenta propia ☐ otra fuente de ingresos		
¿Siguen percibiendo ingresos a través de esta fuente? ☐ SÍ ☐ NO En caso negativo, ¿cuándo fue su último día? (MM/DD/AAAA) / /		¿Con qué frecuencia se les paga ahora? ☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ Otros:
Importe bruto del último pago \$ Fecha del último pago (MM/DD/AAAA) / /		
¿Es éste un trabajo de temporada? (completar si trabajo ingreso) ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es "SÍ", ¿cuáles son los ingresos brutos anuales de este trabajo estacional? \$		¿Este trabajo empezó o dejó de pagarles en comisiones o propinas? (completar si trabajo ingreso) ☐ SÍ ☐ NO

5B **¿Alguien en el hogar tiene nuevos ingresos que reportar?** ☐ SÍ ☐ NO *Si respondió "NO", omita esta página*

¿Alguien en el hogar tiene nuevos ingresos que reportar? Por favor agregue a continuación. Si necesita espacio adicional, utilice la página en blanco al final del paquete.
Para trabajo por cuenta propia Presente prueba de ingresos de trabajo por cuenta propia para este mes o el mes pasado con este formulario. Asegúrese de enviar cualquier gasto de trabajo por cuenta propia para que podamos evaluar los ingresos netos.
Para otros ingresos, enviar comprobante de cambios para nuevas fuentes.

#1

Individual

Tipo de ingresos (seleccione uno):

☐ trabajo ☐ trabajo por cuenta propia ☐ otra fuente de ingresos

Empleador (si es aplicable):

Fecha de inicio de los ingresos (MM/DD/AAAA)

/ /

Fecha de recepción del primer pago (MM/DD/AAAA)

/ /

¿Con qué frecuencia se le paga a esta persona?

☐ Una vez ☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ Otros:

¿Cuál fue el importe bruto de su último pago?

\$

¿Esperan que esta cantidad se mantenga más o menos igual durante el próximo año?

☐ SÍ ☐ NO**Si son ingresos del trabajo:**

Tipo de ingresos que gana:

☐ Salario/Propinas/Salarios por hora
☐ Otras:

¿Es este un trabajo que paga comisiones o propinas?

☐ SÍ ☐ NO

¿Es un trabajo de temporada?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es “SÍ”, ¿cuál es el ingreso bruto anual para este trabajo de temporada?

\$ **Si son otros ingresos**

Tipo de ingresos:

☐ Seguro Social ☐ Manutención infantil ☐ Pensión alimenticia y manutención conyugal ☐ Desempleo ☐ Otros:

#2

Individual

Tipo de ingresos (seleccione uno):

☐ trabajo ☐ trabajo por cuenta propia ☐ otra fuente de ingresos

Empleador (si es aplicable):

Fecha de inicio de los ingresos (MM/DD/AAAA)

/ /

Fecha de recepción del primer pago (MM/DD/AAAA)

/ /

¿Con qué frecuencia se le paga a esta persona?

☐ Una vez ☐ Cada semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensualmente ☐ Otros:

¿Cuál fue el importe bruto de su último pago?

\$

¿Esperan que esta cantidad se mantenga más o menos igual durante el próximo año?

☐ SÍ ☐ NO**Si son ingresos del trabajo:**

Tipo de ingresos que gana:

☐ Salario/Propinas/Salarios por hora
☐ Otras:

¿Es este un trabajo que paga comisiones o propinas?

☐ SÍ ☐ NO

¿Es un trabajo de temporada?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es “SÍ”, ¿cuál es el ingreso bruto anual para este trabajo de temporada?

\$ **Si son otros ingresos**

Tipo de ingresos:

☐ Seguro Social ☐ Manutención infantil ☐ Pensión alimenticia y manutención conyugal ☐ Desempleo ☐ Otros:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

