



FORMULARIO DE ADMISION DE LA LEY DE CUIDADO DE CUIDADO ASEQUIBLE

¿TIENE ACTUALMENTE COBERTURA MÉDICA O CALIFICA PARA OTRA COBERTURA MÉDICA PARA 2025? Si o No

APPLE NO PUEDE INFORMARSE

Primer Nombre:		Apellido Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	SSN:	Numero De Teléfono:	
Dirección:		Apt/Bldg # :	
Ciudad:	State:	Codigo Postal:	
Correo Electrónico:	Ciudadano: Si o No	Naturalizado o	Nacido en U.S.A.
Certificado de Naturalización o Tarjeta Verde de Residente (Circule si corresponde)	¿Obtuvo recientemente un estatus migratorio elegible? Si o No		
USCIS# :	NOB:	Married: Si o No	

FAMILIA Y HOGAR

(INCLUYA TODAS LAS PERSONAS QUE SE MOSTRARÁN EN SU DECLARACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE 2023)



NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	INGRESO	SOLICITAR COBERTURA (SI O NO)

INGRESO

Empleador Actual:		
Dirección Del Empleado:		Teléfono:
Ciudad:	State:	Código postal:
Posición:	Ingresos Anuales:	¿Espera obtener la misma cantidad de ingresos en 2025 Si o No

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Primer Nombre:		Apellido:
Date of birth:	SSN:	Teléfono:

INFORMACIÓN LABORAL DEL CÓNYUGE

Empleador Actual:		
Dirección Del Empleado:		Teléfono:
Ciudad:	State:	Código postal:
Posición:	Ingresos Anuales:	¿Espera obtener la misma cantidad de ingresos en 2025? Si o No

PREGUNTAS ADICIONALES

¿Presentará una declaración de impuestos de 2024?	Si o No	¿Alguna persona arriba con discapacidades/problemas de salud mental que afecten su capacidad para trabajar?	Si o No
¿Reclamando dependientes para 2024?	Si o No	¿Alguna persona mayor que embarazada?	Si o No
Eres de origen Hispano, Latino o Español (opcional)?	Si o No	¿Alguien arriba recientemente adoptado o colocado en cuidado de crianza?	Si o No
¿Indio Americano o Nativo de Alaska?	Si o No	¿Te mudaste recientemente?	Si o No
¿Alguien de arriba se casó recientemente?	Si o No	¿Alguien que aparece arriba perderá la cobertura dentro de los 60 días?	Si o No
¿Alguna de las personas mencionadas anteriormente ha sido liberada recientemente de su encarcelamiento?	Si o No	¿Alguna persona que no sea elegible para Medicaid o CHIP desde el 01/11/18?	Si o No
¿Alguna de las personas mencionadas arriba necesita ayuda con las actividades de la vida diaria?	Si o No	¿Alguien arriba paga pensión alimenticia o préstamos estudiantiles? Si o No	Si o No

Declaración de aviso de privacidad: Por la presente acepto que la información contenida en este documento se ha proporcionado según mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada en este documento será utilizada únicamente por Micon Group LLC (DBA: Properly Insured) para determinar la elegibilidad a través de Healthcare.gov/ACA y no se difundirá a ningún tercero sin su consentimiento previo.

Firma de la solicitante:	Fecha:
Firma del cónyuge (sólo si es conjunto):	Fecha:

****Al finalizar envíe un correo electrónico(insurance@micongroups.com) /Fax: 817-623-9826 /Dejar En La Oficina****