



Utilice esta aplicación para ver las opciones de cobertura para las que usted califica

- Planes accesibles de seguro médico privado que ofrecen una cobertura completa para ayudarlo a mantenerse bien.
 - Un nuevo crédito fiscal que puede ayudarlo de inmediato a pagar su prima de cobertura de salud.
 - Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).
- Usted puede calificar para un programa gratuito o de bajo costo, incluso si usted gana hasta \$ 94.000 al año (para una familia de 4).**



Solicítelo en línea con mayor rapidez

- Solicítelo en línea con mayor rapidez en [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).



Lo que puede necesitar para solicitar

- Números del Seguro Social (o números de documento de los inmigrantes legales que necesiten seguro)
- Información de los empleadores e ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, comprobantes de pago, formularios W-2 o declaraciones de impuestos y salarios)
- Números de póliza de cualquier seguro de salud actual
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para su familia



¿Por qué pedimos esta información?

Preguntamos por sus ingresos y otra información para informarle para cuál cobertura usted califica y cómo obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que proporcione en forma confidencial y segura, como lo exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, diríjase a <https://www.scdhhs.gov/internet/pdf/>



¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección en la página 13.

Si no tiene toda la información que pedimos, firme y envíe su solicitud de todos modos. Atenderemos su solicitud en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los próximos pasos para completar su solicitud de cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras, visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llame al 1-888-549-0820. Llenar esta solicitud no significa que usted tiene que comprar la cobertura de salud



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Utilice esta aplicación para presentar una solicitud para cualquier persona de su familia.
- Envíe una solicitud aún si usted o su hijo ya tiene cobertura de salud. Usted podría ser elegible para cobertura gratuita o de menor costo.
- Si es soltero, puede usar un formulario corto. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden enviar una solicitud. Aunque usted no sea elegible para obtener cobertura, puede solicitarla para su hijo. La solicitud no afectará su estado de inmigración ni las posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo ayuda a llenar esta solicitud, es posible que necesite completar el Formulario de Representante Autorizado (1282), que puede descargarse en [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov).



Cuéntenos sobre usted y su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud? Cuéntenos acerca de los miembros de su familia que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre todos en su declaración impositiva. (No necesita declarar impuestos para obtener cobertura de salud).

Incluya:

- A usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que vivan con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años que esté bajo su cuidado y viva con usted

NO tiene que incluir:

- A su pareja no casa que no necesita cobertura de salud
- A los hijos de su pareja no casada
- A sus padres que viven con usted, pero que presentan su propia declaración impositiva (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presenten su propia declaración impositiva

El monto de la asistencia o el tipo de programa para el que usted califica depende del número de personas en su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura posible.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **en línea:** [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov)
- **Teléfono:** Llame a su Centro de Ayuda al **1-888-549-0820**.
- **En persona:** Puede haber asesores en su área que puedan ayudar.
- **Visite nuestro sitio web** o llame al **1-888-549-0820** para obtener más información.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-888-549-0820**.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-888-549-0820** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

Aviso de no discriminación

Los Servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. SCDHHS no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

SCDHHS proporciona servicios y asistencia gratuitas a las personas con discapacidad, tales como intérpretes calificados en lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (impresos de gran tamaño, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Proporcionamos servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Janet Bell, ADA y Oficial de Derechos Civiles, por correo a: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206; por teléfono al: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620); o por correo electrónico a: civilrights@scdhhs.gov.

Si usted cree que SCDHHS no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de alguna otra manera en base a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Oficial de Derechos Civiles usando la información de contacto proporcionada anteriormente. Puede presentar una queja personalmente, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, estamos a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por teléfono o por correo dirigido a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o por teléfono al: 800-368- 1019, 800- 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Servicios de idiomas

Si su idioma principal no es el inglés, los servicios de asistencia lingüística están a su disposición en forma gratuita. Llame al : 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

إذا كانت لغتك الأساسية غير اللغة الانكليزية فان خدمات المساعدات اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل على الرقم:
888-549-0280 (رقم هاتف الصم والبكم 1-888-842-3620)

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-549-0820 (телетайп: 1-888-842-3620).

Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620).

Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua lingua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame 1-888-549-0820 (TTY : 1-888-842-3620)

如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)

Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

धयद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842- 3620) पर कॉल कर।

한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620)번으로 전화해 주십시오.

Haka tawng thiam tu na si le tawng let asi mi 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620) ah tang ka pek tul lo in ko thei.

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-549-0820 (ATS : 888-842-3620).

နမူကတိကညီ ကျိအယိ, နမူနာ ကျိအတိမၤစၢၤလၢ တလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ နီတၢ်ဘၢ်သ့န့ၢ်လီၤ. ကိ: 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-549-0820 (መስማት ለተሳናቸው: 1-888-842-3620)።

အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ငဲ့အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 888-549-0820 (TTY: 888-842-3620) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Esta página se deja intencionalmente en blanco.

PASO 1

Algunos programas de Medicaid que cubren servicios específicos requieren información adicional para determinar la elegibilidad. Al completar esta sección, podremos pedirle la información más relevante para sus necesidades.

Si alguien que solicita cobertura cumple con los siguientes criterios, marque todas las casillas que correspondan. **Incluso si usted o los miembros de su hogar no cumplen con ninguno de estos criterios, puede que igual califiquen para Medicaid. Si ninguno corresponde, no marque nada; lo evaluaremos para todos los tipos de cobertura disponibles.**

Necesita vivir en un centro médico o en un hogar para ancianos o necesita los servicios de enfermería en su casa

Recibir tratamiento para uno de los siguientes:
--Cáncer de mama -Cáncer cervical -Hiperplasia mamaria atípica
--Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

SSI está terminando y necesita volver a solicitar Medicaid (por ejemplo, una carta que mencione la enmienda Pickle)

Refugiado extranjero a quien se le ha concedido asilo en los EE.UU

Presunta discapacidad **Esta casilla es solo para uso piloto**

Tiene una discapacidad física o intelectual.

65 años de edad o mayor

Recibe Medicare

Solicitar TEFRA o PRTF

Comience por usted, luego añada otros adultos y niños. Si tiene más de 4 personas en su familia, necesitará hacer copias de las páginas y adjuntarlas. No necesita proporcionar el estado de inmigración o un número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que proporcione de forma privada y segura, como lo exige la ley. Usaremos la información personal solo para verificar si usted es elegible para la cobertura de salud. Necesitamos un adulto en la familia para que sea la persona de contacto para su solicitud.

Persona de contacto principal

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Domicilio (deje en blanco si no cuenta con uno).

3. Número de apartamento u oficina

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección de correo postal (si es diferente del domicilio)

9. Número de apartamento o oficina

10. Ciudad

11. Estado

12. Código postal

13. Condado

14. Número de teléfono

15. Otro Número de teléfono

16. ¿Desea recibir información acerca de esta solicitud por correo electrónico? Sí No

Dirección de correo electrónico

17. ¿Cuál es su idioma preferido, hablado o escrito? (si no es inglés)

¿Alguien lo está ayudando a completar esta solicitud?

Complete la siguiente sección si está llenando este formulario en nombre del solicitante.

1. Fecha de inicio de la solicitud

2. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

3. Nombre de la organización (si corresponde)

4. Número de identidad (si corresponde)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-888-549-0820** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

PASO 1: PERSONA 1

Complete el Paso 1 para cada persona de su familia. Comience con la información acerca de usted.

Complete el Paso 1 para usted, su cónyuge / pareja y los niños que viven con usted y/o cualquier otra persona que incluya en la misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 2 para obtener más información acerca de quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igual a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

2. ¿Relación con usted? _____

Yo

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 4. Sexo: Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social (SSN) _____

a. Si no tiene un SSN, ¿ha solicitado uno?

Sí No

En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 15.

Lo necesitamos si desea cobertura de salud y tiene un SSN. Proporcionar su SSN puede ser útil si no desea la cobertura de salud, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos el SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

6. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Igual puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales).

Sí. En caso afirmativo, responda las preguntas a-c. NO. En caso negativo, PASAR a la pregunta c.

a. ¿Hará la presentación conjuntamente con su cónyuge? Sí No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Va a incluir alguna persona a cargo en su declaración de impuestos? Sí No

En caso afirmativo, enumere las personas a cargo _____

c. ¿Será usted incluido como persona a cargo en la declaración de impuestos de alguna otra persona? Sí No

En caso afirmativo, mencione al contribuyente: _____ ¿Qué relación tiene con este contribuyente? _____

7. ¿Está embarazada o lo estuvo recientemente? Sí No En caso afirmativo, a. ¿Cuántos bebés está esperando? _____ b. ¿Cuál es la fecha del parto? _____

c. Si recientemente estuvo embarazada, ingrese la fecha en que terminó el embarazo _____

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo? Sí No

8. ¿Necesita cobertura de salud (Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).

Sí. En caso afirmativo, responda todas las preguntas a continuación. NO. En caso negativo, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 5. Deje en blanco el resto de esta página.

9. ¿Tiene una condición de discapacidad física, mental o emocional que cause limitaciones en las actividades? Sí No

10. ¿Necesita vivir en un centro médico o en un hogar de ancianos o necesita servicios de enfermería en su casa? Sí No

11. ¿Ha sido diagnosticado y está recibiendo tratamiento para cualquiera de los siguientes? Sí No

• Cáncer de mama • Cáncer cervical • Hiperplasia mamaria atípica -Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

12. ¿Desea solicitar beneficios de Planificación Familiar? Sí No

La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que proporciona servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas pruebas preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no lo evaluaremos para la Planificación Familiar

13. a. ¿Es usted Ciudadano de Estados Unidos? (Nacido en Estados Unidos, hijo de un ciudadano estadounidense o un extranjero nacionalizado como ciudadano americano) Sí No

b. ¿Es usted nacional de los Estados Unidos? (Nacido en un territorio no incorporado de los Estados Unidos que elige ser un nacional, no ciudadano estadounidense) Sí No

14. Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o nacional de los Estados Unidos, ¿tiene un estado migratorio elegible? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, complete el tipo y número de su documento de identidad a continuación.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de documento de identidad: _____

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

d. ¿Es usted, o su cónyuge o padre, un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

15. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, indique el motivo:

Emitido solo por razones no laborales Ningún N° de Seguro Social debido a razones religiosas No es elegible para SSN

No es elegible para SSN recién nacido, madre que actualmente recibe Medicaid No es elegible para SSN recién nacido, madre que actualmente recibe Medicaid

16. ¿Desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

a. En caso afirmativo, ¿el tamaño de su hogar durante estos 3 meses era el mismo que ahora? Sí No

b. ¿Su ingreso familiar durante estos 3 meses era el mismo que ahora? Sí No

Si la respuesta es NO, ingrese el ingreso mensual total de: El último mes: \$ _____ Hace 2 meses: \$ _____ Hace 3 meses: \$ _____

17. ¿Usted vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la principal persona que cuida a este niño? Sí No

18. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

19. ¿Estaba en un hogar de crianza en Carolina del Sur a la edad de 18 años o mayor? Sí No

20. ¿Actualmente está viviendo en un hogar de crianza? Sí No

21. ¿Actualmente vive en un hogar grupal del Departamento de Justicia Juvenil (DJJ)? Sí No

Ahora, cuéntenos sobre los ingresos en la siguiente página



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 1: PERSONA 1 (Continúe con usted)

22. Si es hispano / latino, etnia (OPCIONAL)

Mexicano Mexicano-estadounidense Chicano/a Puertorriqueño
 Cubano Otro: _____

23. Raza (OPCIONAL: marque todo lo que aplica)

Blanco Hawaiano nativo Filipino Coreano Negro / Afroamericano
 Chino Japonés Vietnamita Indio asiático Indio asiático
 Samoano Indio americano o nativo de Alaska Guamanio o chamorro
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

Información del trabajo y los ingresos actuales

Empleado

Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 24.

Desempleado

PASAR a la pregunta 24.
PASAR a la pregunta 24.

Trabajador independiente

PASAR a la pregunta 35.

TRABAJO ACTUAL 1:

24. Nombre y dirección del empleador _____

25. Número de teléfono del empleador _____

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 27. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 28. Fecha de inicio _____

Sí

TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

29. Nombre y dirección del empleador _____

30. Nombre y dirección del empleador _____

31. Salarios/propinas (antes de impuestos) por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 32. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 33. Fecha de inicio _____

34. El año pasado: Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de estas opciones

35. Si es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (los beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) que obtendrá de empleo autónomo este mes?

\$ _____

36. OTROS INGRESOS ESTE MES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

NOTA: No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, los pagos de los veteranos o el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿frecuencia? _____ Ganadería / pesca: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿frecuencia? _____ Alquiler neto / regalías: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Seguridad social \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otros ingresos:

Cuentas de jubilación \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

Pension alimenticia \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

37. DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

Si la PERSONA 1 paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, al contarnos al respecto 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 al empleo autónomo neto (pregunta 35b).

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otras deducciones: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Intereses de préstamos estudiantiles \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____

38. INGRESO ANUAL: Complete solo si el ingreso de la PERSONA 1 cambia de mes en mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 1, agregue otra persona en las siguientes páginas.

Ingreso total de la PERSONA 1 este año

Ingreso total de la PERSONA 1 el año próximo (si cree que será diferente)

\$ _____

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber acerca de usted ➔



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 1: PERSONA 2

Complete el Paso 1 para su cónyuge / pareja y los niños que viven con usted y/o por cualquier otra persona que incluya en la misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 2 para obtener más información acerca de quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igual a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

2. ¿Relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____

4. Sexo Masculino Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) _____

a. Si usted no tiene un N° de Seguro Social, ¿lo ha solicitado?

Sí No

En caso negativo, indique la razón en la pregunta 16.

6. ¿La PERSONA 2 vive en el mismo domicilio que usted? Sí No

Necesitamos esto si la PERSONA 2 quiere cobertura de salud y tiene un N° de Seguro Social.

Si la respuesta es No, indique el domicilio _____

7. ¿La Persona 2 planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Igual puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales).

Sí. En caso afirmativo, responda las preguntas a-c NO. En caso negativo, PASAR a la pregunta c.

a. ¿La Persona 2 la presentará junto con un cónyuge? Sí No -En caso afirmativo, nombre del cónyuge _____

b. ¿La Persona 2 incluirá personas a cargo en su declaración de impuestos? Sí No

En caso afirmativo, enumere las personas a cargo _____

c. ¿La Persona 2 será incluida como persona a cargo en la declaración Sí No

En caso afirmativo, mencione al contribuyente _____ ¿Qué relación tiene con este contribuyente? _____

8. ¿Está embarazada o lo estuvo recientemente? Sí No En caso afirmativo, ¿Cuántos bebés está esperando? _____

c. Si recientemente estuvo embarazada, ingrese la fecha en que terminó el embarazo: _____

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo? Sí No

b. ¿Cuál es la fecha del parto? _____

9. ¿La Persona 2 necesita cobertura de salud? (Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).

Sí Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas a continuación NO. En caso negativo, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 7. Deje en blanco el resto de esta página

11. ¿Necesita vivir en un centro médico o en un hogar de ancianos o necesita servicios de enfermería en su casa? Sí No

12. ¿Ha sido diagnosticado y está recibiendo tratamiento para cualquiera de los siguientes? Sí No

• Cáncer de mama • Cáncer cervical • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

13. ¿La PERSONA 2 desea solicitar beneficios de Planificación Familiar? Sí No

La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que proporciona servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas pruebas preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no lo evaluaremos para la Planificación Familiar.

14. a. ¿La PERSONA 2 es ciudadano de EE.UU.? (Nacido en Estados Unidos, hijo de un ciudadano estadounidense o

Sí No

ex-extranjero naturalizado como ciudadano estadounidense)

b. ¿La PERSONA 2 es nacional de EE.UU.? (Nacido en un territorio no incorporado de los Estados Unidos que elige ser un nacional

Sí No

, no ciudadano estadounidense)

15. Si la PERSONA 2 no es un ciudadano de EE.UU. o nacional de EE.UU., ¿la PERSONA 2 tiene estado de inmigración elegible? Sí No

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, complete el tipo de documento y número de documento de identidad de la PERSONA 2 a continuación.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. # de documento de identidad: _____

c. La PERSONA 2 ¿ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es la PERSONA 2, su cónyuge o padre un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

16. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, enumere las razones

Emitido solo por razones no laborales Ningún N° de Seguro Social debido a razones religiosas No es elegible para SSN

No es elegible para SSN recién nacido, madre que actualmente recibe Medicaid Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid

17. ¿La PERSONA 2 desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

Sí No

a. En caso afirmativo, ¿el tamaño de la familia de esta persona era el mismo durante estos 3 meses que ahora? Sí No

Sí No

b. ¿El ingreso familiar de esta persona durante estos 3 meses era el mismo que ahora? Sí No

Sí No

Si la respuesta es NO, ingrese el ingreso mensual total de: El último mes: _____ El último mes: \$ _____ Hace 3 meses \$ _____

18. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un niño menor de 19 años, y la PERSONA 2 es la persona principal que cuida a este niño? Sí No

19. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante de tiempo completo? Sí No

20. ¿La PERSONA 2 estaba en un hogar de crianza temporal en Carolina del Sur a la edad de 18 años o mayor? Sí No

21. ¿La PERSONA 2 actualmente está viviendo en un hogar de crianza temporal? Sí No

22. ¿La PERSONA 2 vive actualmente en hogar grupal del Departamento de Justicia Juvenil (DJJ)? Sí No

Ahora, cuéntenos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en la página siguiente. ➔



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 1: PERSONA 2

23. Si es hispano / latino, etnia (OPCIONAL)

Mexicano ^{Mexicano-}estadounidense Chicano/a Portorriqueño
 Cubano Otro: _____

24. Raza (OPCIONAL: marque todo lo que aplica)

Blanco Hawaiano nativo Filipino Coreano Negro / Afroamericano
 Chino Japonés Vietnamita Indio asiático Otro asiático
 samoano Indio americano o nativo de Alaska Guamanio o chamorro
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

Información del trabajo y los ingresos actuales

Empleado

Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 25.

Desempleado PASAR a la pregunta 37.

Trabajador independiente PASAR a la pregunta 36.

TRABAJO ACTUAL 1:

25. Nombre y dirección del empleador _____

26. Número de teléfono del empleador _____

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 28. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 29. Fecha de inicio _____

TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

30. Nombre y dirección del empleador _____

31. Número de teléfono del empleador _____

32. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 33. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 34. Fecha de inicio: _____

35. El año pasado:

Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de estas opciones

36. Si es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (los beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) que obtendrá de empleo autónomo este mes?

\$ _____

37. OTROS INGRESOS ESTE MES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

NOTA: No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, los pagos de los veteranos o el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿frecuencia? _____ Ganadería / pesca \$ _____ ¿frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿frecuencia? _____ Alquiler neto / regalías: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Seguridad social \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otros ingresos:

Cuentas de jubilación \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

38. DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, al contarnos al respecto 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 al empleo autónomo neto (pregunta 36b).

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿frecuencia? _____

Intereses de préstamos estudiantiles \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____

39. INGRESO ANUAL: Complete solo si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes en mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 2, agregue otra persona en las siguientes páginas.

Ingreso total de la PERSONA 2 este año

Ingreso total de la PERSONA 2 el año próximo (si cree que será diferente)

\$ _____ \$ _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 1: PERSONA 3

Complete el Paso 1 para su cónyuge / pareja y los niños que viven con usted y/o por cualquier otra persona que incluya en la misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 2 para obtener más información acerca de quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igual a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

2. ¿Relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)4. Sexo: Masculino Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) _____

a. Si usted no tiene un N° de Seguro Social, ¿lo ha solicitado?

Sí No

6. ¿La PERSONA 3 vive en el mismo domicilio que usted? Sí No

We need this if PERSON 3 wants health coverage and has an SSN.

En caso negativo, indique la razón en la pregunta 16.

Si la respuesta es No, indique el domicilio _____

7. ¿La Persona 3 planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Igual puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales).

Sí. En caso afirmativo, responda las preguntas a-c. NO. En caso negativo, PASAR a la pregunta c.

a. ¿La Persona 3 la presentará junto con un cónyuge? Sí No

En caso afirmativo,

nombre del cónyuge: _____

b. ¿La Persona 3 incluirá personas a cargo en su declaración de impuestos? Sí No

En caso afirmativo, enumere las personas a cargo: _____

c. ¿La Persona 3 será incluida como persona a cargo en la declaración de impuestos de alguna otra persona? Yes No

En caso afirmativo, mencione al contribuyente: _____

¿Qué relación tiene con este contribuyente? _____

8. ¿Está embarazada o lo estuvo recientemente? Sí No

En caso afirmativo..

a. ¿Cuántos bebés está esperando? _____

b. ¿Cuál es la fecha del parto? _____

c. Si recientemente estuvo embarazada, ingrese la fecha en que terminó el embarazo: _____

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo? Sí No

9. ¿La Persona 3 necesita cobertura de salud? (Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).

Sí. Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas a continuación NO. En caso negativo, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 7. Deje en blanco el resto de esta página.

10. ¿Tiene una condición de discapacidad física, mental o emocional que cause limitaciones en las actividades? Sí No

11. ¿Necesita vivir en un centro médico o en un hogar de ancianos o necesita servicios de enfermería en su casa? Sí No

12. ¿Ha sido diagnosticado y está recibiendo tratamiento para cualquiera de los siguientes? Sí No

• Cáncer de mama • Cáncer cervical • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

13. ¿La PERSONA 3 desea solicitar beneficios de Planificación Familiar?

La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que proporciona servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas pruebas preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no lo evaluaremos para la Planificación Familiar.

14. a. ¿La PERSONA 3 es ciudadano de EE.UU.? (Nacido en Estados Unidos, hijo de un ciudadano estadounidense o ex-extranjero naturalizado como ciudadano estadounidense) Sí No

b. ¿La PERSONA 3 es nacional de EE.UU.? (Nacido en un territorio no incorporado de los Estados Unidos que elige ser un nacional, no ciudadano estadounidense) Sí No

15. Si la PERSONA 3 no es un ciudadano de EE.UU. o nacional de EE.UU., ¿la PERSONA 3 tiene estado de inmigración elegible? Sí No

Si la PERSONA 3 no es un ciudadano de EE.UU. o nacional de EE.UU., ¿la PERSONA 3 tiene estado de inmigración elegible?

a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de documento de identidad: _____

c. La PERSONA 3 ¿ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es la PERSONA 3, su cónyuge o padre un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

16. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, enumere las razones

Emitido solo por razones no laborales

Ningún N° de Seguro Social debido a

No es elegible para SSN

Recién nacido, madre que actualmente recibe Medicaid

Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid

17. ¿La PERSONA 3 Desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

a. En caso afirmativo, ¿el tamaño de la familia de esta persona era el mismo durante estos 3 meses que ahora? Sí No

b. ¿El ingreso familiar de esta persona durante estos 3 meses era el mismo que ahora? Sí No

Si la respuesta es NO, ingrese el ingreso mensual total de: El último mes: \$ _____ Hace 2 meses: \$ _____ Hace 3 meses: \$ _____

18. ¿La PERSONA 3 vive con al menos un niño menor de 19 años, y la PERSONA 2 es la persona principal que cuida a este niño? Sí No

19. ¿Es la PERSONA 3 un estudiante de tiempo completo? Sí No

20. ¿La PERSONA 3 estaba en un hogar de crianza temporal en Carolina del Sur a la edad de 18 años o mayor? Sí No

21. ¿La PERSONA 3 actualmente está viviendo en un hogar de crianza temporal? Sí No

22. ¿La PERSONA 3 vive actualmente en hogar grupal del Departamento de Justicia Juvenil (DJJ)? Sí No

Ahora, cuéntenos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 3 en la página siguiente.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 1: PERSONA 3

23. Si es hispano / latino, etnia (OPCIONAL)

Mexicano ^{Mexicano-}estadounidense Chicano/a Portorriqueño
 Cubano Otro: _____

24. Raza (OPCIONAL: marque todo lo que aplica)

Blanco Hawaiano nativo Filipino Coreano Negro / Afroamericano
 Chino Japonés Vietnamita Indio asiático Otro asiático
 samoano Indio americano o nativo de Alaska Guamanio o chamorro
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

Información del trabajo y los ingresos actuales

Empleado

Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 25.

Desempleado

PASAR a la pregunta 37.

Trabajador independiente

PASAR a la pregunta 36.

TRABAJO ACTUAL 1:

25. Nombre y dirección del empleador _____

26. Número de teléfono del empleador _____

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 28. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 29. Fecha de inicio _____

TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

30. Nombre y dirección del empleador _____

31. Número de teléfono del empleador _____

32. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 33. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 34. Fecha de inicio _____

35. El año pasado:

Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de estas opciones

36. Si es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (los beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) que obtendrá de empleo autónomo este mes?

\$ _____

37. OTROS INGRESOS ESTE MES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

NOTA: No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, los pagos de los veteranos o el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿frecuencia? _____ Ganadería / pesca: _____ ¿frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿frecuencia? _____ Alquiler neto/regalías: _____ ¿frecuencia? _____

Seguridad social \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otros ingresos:

Cuentas de jubilación \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

38. DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

Si la PERSONA 3 paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, al contarnos al respecto 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 al empleo autónomo neto (pregunta 36b).

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otras deducciones: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Intereses de préstamos estudiantiles \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____

39. INGRESO ANUAL: Complete solo si el ingreso de la PERSONA 3 cambia de mes en mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 3, agregue otra persona en las siguientes páginas.

Ingreso total de la PERSONA 3 este año

Ingreso total de la PERSONA 3 el año próximo (si cree que será diferente)

\$ _____

\$ _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 1: PERSONA 4

Complete el Paso 1 para su cónyuge / pareja y los niños que viven con usted y/o por cualquier otra persona que incluya en la misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 2 para obtener más información acerca de quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar igual a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

2. ¿Relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____

4. Sexo: Masculino Femenino

5. Número de Seguro Social (SSN) _____

a. Si usted no tiene un N° de Seguro Social, ¿lo ha solicitado?

Sí No

6. ¿La PERSONA 4 vive en el mismo domicilio que usted? Sí No

Necesitamos esto si la PERSONA 4 quiere cobertura de salud y tiene un N° de Seguro Social.

En caso negativo, indique la razón en la pregunta 16.

Si la respuesta es No, indique el domicilio: _____

7. ¿La Persona 4 planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Igual puede solicitar un seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales).

Sí. En caso afirmativo, responda las preguntas a-c NO. En caso negativo, PASAR a la pregunta c.

En caso afirmativo,

nombre del cónyuge: _____

a. ¿La Persona 4 la presentará junto con un cónyuge? Sí No

b. ¿La Persona 4 incluirá personas a cargo en su declaración de impuestos? Sí No

En caso afirmativo, enumere las personas a cargo: _____

c. ¿La Persona 4 será incluida como persona a cargo en la declaración de impuestos de alguna otra persona? Sí No

En caso afirmativo, mencione al contribuyente _____

¿Qué relación tiene con este contribuyente? _____

8. ¿Está embarazada o lo estuvo recientemente? Sí No En caso afirmativo..

a. ¿Cuántos bebés está esperando? _____

b. ¿Cuál es la fecha del parto? _____

c. Si recientemente estuvo embarazada, ingrese la fecha en que terminó el embarazo. _____

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo? Sí No

9. ¿La Persona 4 necesita cobertura de salud? (Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos).

Sí Si la respuesta es afirmativa, responda las preguntas a continuación NO. En caso negativo, PASE a las preguntas sobre ingresos en la página 7. Deje en blanco el resto de esta página.

10. ¿Tiene una condición de discapacidad física, mental o emocional que cause limitaciones en las actividades? Sí No

11. ¿Necesita vivir en un centro médico o en un hogar de ancianos o necesita servicios de enfermería en su casa? Sí No

12. ¿Ha sido diagnosticado y está recibiendo tratamiento para cualquiera de los siguientes? Sí No

• Cáncer de mama • Cáncer cervical • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

13. ¿La PERSONA 4 desea solicitar beneficios de Planificación Familiar? Sí No

La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que proporciona servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas pruebas preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no lo evaluaremos para la Planificación Familiar.

a. ¿La PERSONA 4 es ciudadano de EE.UU.? (Nacido en Estados Unidos, hijo de un ciudadano estadounidense o ex-extranjero naturalizado como ciudadano estadounidense) Sí No

b. ¿La PERSONA 4 es nacional de EE.UU.? (Nacido en un territorio no incorporado de los Estados Unidos que elige ser un nacional, no ciudadano estadounidense) Sí No

15. Si la PERSONA 4 no es un ciudadano de EE.UU. o nacional de EE.UU., ¿la PERSONA 4 tiene estado de inmigración elegible? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, complete el tipo de documento y número de documento de identidad de la PERSONA 4 a continuación.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de documento de identidad: _____

c. La PERSONA 4 ¿ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es la PERSONA 4, su cónyuge o padre un veterano o un miembro activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

16. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, enumere las razones

Emitido solo por razones no laborales

Ningún N° de Seguro Social debido a razones religiosas

Not eligible for SSN

es elegible para SSN recién nacido,

Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid

madre que actualmente recibe Medicaid

17. ¿La PERSONA 4 desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

a. En caso afirmativo, ¿el tamaño de la familia de esta persona era el mismo durante estos 3 meses que ahora? Sí No

b. ¿El ingreso familiar de esta persona durante estos 3 meses era el mismo que ahora? Sí No

Si la respuesta es NO, ingrese el ingreso mensual total de: El último mes: \$ _____ Hace 2 meses: \$ _____ Hace 3 meses: \$ _____

18. ¿La PERSONA 4 vive con al menos un niño menor de 19 años, y la PERSONA 4 es la persona principal que cuida a este niño? Sí No

19. ¿Es la PERSONA 4 un estudiante de tiempo completo? Sí No

20. ¿La PERSONA 4 estaba en un hogar de crianza temporal en Carolina del Sur a la edad de 18 años o mayor? Sí No

21. ¿La PERSONA 4 actualmente está viviendo en un hogar de crianza temporal? Sí No

24. ¿La PERSONA 4 vive actualmente en hogar grupal del Departamento de Justicia Juvenil (DJJ)? Sí No

Ahora, cuéntenos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 4 en la página siguiente. 



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 1: PERSONA 4

23. Si es hispano / latino, etnia (OPCIONAL)

Mexicano ^{Mexicano-}estadounidense Chicano/a Portorriqueño
 Cubano Otro: _____

24. Raza (OPCIONAL: marque todo lo que aplica)

Blanco Hawaiano nativo Filipino Coreano Negro / Afroamericano
 Chino Japonés Vietnamita Indio asiático Otro asiático
 samoano Indio americano o nativo de Alaska Guamanio o chamorro
 Otro isleño del Pacífico Otro: _____

Información del trabajo y los ingresos actuales

Empleado

Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 25.

Desempleado PASAR a la pregunta 37.

Trabajador independiente PASAR a la pregunta 36.

TRABAJO ACTUAL 1:

25. Nombre y dirección del empleador _____

26. Número de teléfono del empleador _____

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 28. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 29. Fecha de inicio _____

TRABAJO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

30. Nombre y dirección del empleador _____

31. Número de teléfono del empleador _____

32. Salarios/propinas (antes de impuestos)

Por hora Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensual Anual

\$ _____ 33. Promedio de horas trabajadas cada semana _____ 34. Fecha de inicio _____

35. El año pasado:

Cambió de trabajo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguna de estas opciones

36. Si es trabajador independiente, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuál es el ingreso neto (los beneficios una vez que se pagan los gastos del negocio) que obtendrá de empleo autónomo este mes?

\$ _____ \$ _____

37. OTROS INGRESOS ESTE MES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

NOTA: No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, los pagos de los veteranos o el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ _____ ¿frecuencia? _____ Ganadería / pesca: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Pensiones \$ _____ ¿frecuencia? _____ Alquiler neto / regalías: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Seguridad social \$ _____ ¿frecuencia? _____ Otros ingresos:

Cuentas de jubilación \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____ \$ _____ ¿frecuencia? _____

38. DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y frecuencia con que la recibe.

Si la PERSONA 4 paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, al contarnos al respecto 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 al empleo autónomo neto (pregunta 36b)

Pensión alimenticia pagada: _____ ¿frecuencia? _____ Otras deducciones: \$ _____ ¿frecuencia? _____

Intereses de préstamos estudiantiles: _____ ¿frecuencia? _____ Tipo: _____

39. INGRESO ANUAL: Complete solo si el ingreso de la PERSONA 4 cambia de mes en mes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 4, agregue otra persona en las siguientes páginas.

Ingreso total de la PERSONA 4 este año

Ingreso total de la PERSONA 4 el año próximo (si cree que será diferente)

\$ _____ \$ _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

PASO 2

Miembro/s de la familia indios americanos o nativos de Alaska

1. ¿Usted o algún miembro de su familia es indio americano o nativo de Alaska?

Si la respuesta es NO, pasar al Paso 3.

Sí. En caso afirmativo, solicite y complete el Formulario 3400 de SCDHHS, Apéndice B (Miembro de la familia indio americano o nativo de Alaska).

PASO 3

Cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

1. ¿Esta usted en este momento inscrito en alguna de las siguientes coberturas de salud? Si está disponible, proporcione una copia de la tarjeta de seguro.

Sí. En caso afirmativo, compruebe el tipo de cobertura y escriba el/los nombre/s de la/ persona/s junto a la cobertura que tienen. NO

Medicaid _____

CHIP _____

Medicare _____

Número de reclamo: _____

Fecha de inicio de la cobertura de Medicare: _____

TRICARE (No marcar si tiene cuidado directa de Line Of Duty) _____

Programa de salud de VA: _____

Cuerpos de Paz: _____

Seguro del empleador _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____ Fecha de inicio: _____

¿Es cobertura de COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud para jubilados? Sí No

Otro seguro de salud _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de póliza: _____

¿Se trata de un plan de beneficios por tiempo limitado (por ejemplo, una póliza de accidente escolar)? Sí No

2. ¿Se nombra a alguien en esta solicitud a quien se le ofrece cobertura de salud de un trabajo? Marque sí, incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o el cónyuge.

Sí. En caso afirmativo, deberá completar e incluir el Apéndice A. ¿Se trata de un plan de beneficios para empleados estatales? Sí No

NO. Si la respuesta es NO, continúe al Paso 4.

PASO 4

Lea y firme. Lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si no está de acuerdo con uno de los puntos, su elegibilidad para los programas puede verse afectada. Se requiere una firma para completar el proceso de solicitud y presentar su solicitud a la agencia.

1. I know that under federal law, discrimination isn't permitted on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. I can file a complaint of discrimination by calling (888) 808-4238 or writing to the Civil Rights Division, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
2. I know I will be asked to cooperate with the agency that collects medical support from an absent parent. If I think that cooperating to collect medical support will harm me or my children, I can tell the agency and may not have to cooperate.
3. I assign and give my rights to any payments from a liable third party to the SCDHHS up to the payment amount that Healthy Connections has made for my medical care. This assignment applies to any of my minor children who may be injured. These payments may include payments from health insurance, legal settlements, or other third parties. I also understand that I have a duty to cooperate in identifying and providing information to assist Healthy Connections in pursuing third parties who may be liable to pay for care and services.
4. I understand that I must cooperate fully with state and federal workers if my case is reviewed. I also understand that, as a condition of eligibility, I must apply for and take steps to obtain any other benefits, including but not limited to annuities, pensions, retirement, disability and other benefits.
5. As an applicant/beneficiary for Medicaid services, I understand that there are two groups of people that are affected by estate recovery:
 - A person of any age who was a patient in a nursing facility, intermediate care facility for the intellectually disabled, or other medical institution at the time of death, and who was required to pay most of his/her income for the cost of care; or
 - A person who was 55 years of age or older when he/she received medical assistance consisting of nursing facility services, home and community based services, and hospital and prescription drug services provided to individuals in nursing facilities or receiving home community-based services.I understand that upon receiving any of these services, the Department of Health and Human Services will file a claim against my estate (all personal and real property owned by me at my death) for the amount Medicaid has paid for my services.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-888-549-0820** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

6. Sé que debo informar a SCDHHS dentro de un plazo de 10 días si cualquier información que incluyo en esta solicitud cambia y es diferente de lo que escribí en la misma. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para los miembros de mi hogar.
7. La información que proporciono en esta solicitud y en la futura interacción con SCDHHS se usará para verificar mi elegibilidad para ayudar a pagar la cobertura de salud, si decido aplicar. Si la información que proporciono no coincide con los datos electrónicos, se me puede pedir que envíe pruebas. Sé que, a menos que pida específicamente ser excluido, la información recogida será almacenada de manera segura para garantizar que los servicios proporcionados a mi familia y a mí sean suficientes y necesarios.
8. Si creo que SCDHHS, la agencia que administra Healthy Connections, el programa estatal de Medicaid, ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien de SCDHHS que pienso que la acción es incorrecta y pedir una audiencia justa. Debo solicitar una audiencia escrita para dicha audiencia a SCDHHS. Sé que puedo representarme a mí mismo o ser representado por alguien que no sea yo mismo.
9. Sé que la información personal de salud que yo proveo o que más tarde sea recopilada por SCDHHS está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) y que recibiré un Aviso de Prácticas de Privacidad junto con mi/s Tarjeta/s de Conexiones Saludables

¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar?

Sí No

Confirmando que ninguno de los solicitantes del seguro de salud en esta solicitud está encarcelado (detenido o en la cárcel). Si no,

_____ está encarcelado.

Renovación de la cobertura en años futuros

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad de ayuda para pagar la cobertura de salud en años futuros, estoy de acuerdo en permitir que Medicaid o el Mercado de Seguros de Salud usen los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones impositivas. Medicaid me enviará un aviso, me permitirá hacer cualquier cambio y puedo optar por salir en cualquier momento.

Sí, renuevo mi elegibilidad automáticamente para los próximos:

5 años (el número máximo de años permitido), o por un número más corto de años:

4 años 3 años 2 años 1 años No utilizar información de mis declaraciones impositivas para renovar mi cobertura.

Firme esta solicitud. La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información solicitada en el Formulario 1282 de DHHS - Representante Autorizado.

Al firmar, declaro que he leído y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades establecidos en esta solicitud.

Firmo esta solicitud bajo la pena de perjurio. Esto significa que, a mi mejor saber, he proporcionado respuestas acertadas a todas las preguntas en este formulario. Tengo conocimiento de que, si no soy veraz, puede haber una pena bajo la ley federal.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Escribir este formulario con letras de imprenta, luego firmarlo en la línea de arriba antes de presentarlo.

PASO 5

Envíe por correo la solicitud.

Enviar por correo su solicitud firmada a: **SCDHHS - Central Mail
PO Box 100101
Columbia SC 29202-3101**

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro de votante en scvotes.org.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-888-549-0820**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-888-549-0820** y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-888-842-3620**.

APÉNDICE A

Cobertura de salud de trabajos

Usted NO necesita contestar estas preguntas a menos que alguien en el hogar sea elegible para cobertura de salud de un trabajo. Adjunte una copia de esta página por cada trabajo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos acerca del trabajo que ofrece cobertura.

Lleve la Herramienta de Cobertura del Empleador de la página siguiente al empleador que ofrece cobertura para ayudarlo a responder estas preguntas. Solo tiene que incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

2. Número del Seguro Social del Empleado

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador

4. Número de identidad del empleador (EIN)

5. Domicilio del empleador

6. Número de teléfono del empleador
()

7. Ciudad

8. Estado

9. Código Postal

10. ¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura de los empleados?

11. Número de teléfono (si difiere del anterior)

12. Dirección de correo electrónico

()

13. ¿Es usted actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?

SÍ. En caso afirmativo, continúe abajo.

NO. En caso negativo, deténgase aquí y pase al Paso 3 de la solicitud.

13a. Si está en un período de espera o probatorio, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?

(dd/mm/aaaa)

Indique los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este trabajo.

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Cuéntenos acerca del plan de salud ofrecido por este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*?

Sí

No

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporciona la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para cualquier programa de abandono del tabaco y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en las primas por este plan? \$

b. ¿Con qué

Semana

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo. * (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Véase la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en las primas por este plan? \$

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

Fecha de cambio anual (dd/mm/aaaa): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menor que el 60 por ciento de dichos costos [Sección 36B (c) (2) (C) (ii)] del Código de Rentas Internas de 1986]



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

DHHS Formulario 3400 - Apéndice A (Enero 2014)

HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Cobertura de salud de trabajos

Utilice esta herramienta para responder a las preguntas del Apéndice A sobre cualquier cobertura de salud del empleador para la cual usted sea elegible (incluso si es del trabajo de otra persona, como un padre o el cónyuge). La información de los cuadros numerados a continuación coincide con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe coincidir con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pida al empleador que complete el resto del formulario. Complete una herramienta por cada empleador que ofrece cobertura de salud.



Información del EMPLEADO

El empleado debe completar esta sección.

1. Nombre del empleado (Primer nombre, segundo nombre, apellido)

2. Número del Seguro Social del Empleado



Información del EMPLEADOR

El empleador debe completar esta sección.

3. Nombre del empleador

4. Número de identidad del empleador (EIN)

5. Domicilio del empleador

6. Número de teléfono del empleador

()

7. Ciudad

8. estado

9. código postal

10. ¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura de salud de los empleados?

11. Número de teléfono (si difiere del anterior)

12. Dirección de correo electrónico

()

13. ¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí. En caso afirmativo, continúe abajo.

NO. En caso negativo, deténgase aquí y pase al Paso 3 de la solicitud.

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible para la cobertura?

(dd/mm/aaaa)

Indique los nombres de cualquier otra persona que sea elegible para la cobertura de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Cuéntenos acerca del plan de salud ofrecido por este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo *?

Sí

No

15. Para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo* ofrecido solamente al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para cualquier programa de abandono del tabaco y no recibió ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en las primas por este plan?

\$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo. * (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Véase la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en las primas por este plan?

\$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanal

Cada 2 semanas

Dos veces al mes

Mensual

Anual

Fecha de cambio anual (dd/mm/aaaa): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menor que el 60 por ciento de dichos costos [Sección 36B (c) (2) (C) (ii)] del Código de Rentas Internas de 1986]



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite SCDHHS.gov o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-888-549-0820. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al 1-888-549-0820 y dígame al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

DHHS Formulario 3400 - Apéndice A (Enero 2014)

Nombre del solicitante/miembro de Medicaid

Número de Seguro Social

Designación de un Representante Autorizado

¿Desearía que alguien lo represente en todos los asuntos relacionados con su caso?

Puede otorgar a una persona de confianza o a una organización el permiso para hablar sobre su solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con su solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. Esta persona también puede actuar por usted en otros asuntos, que incluyen revisiones, apelaciones y procesos de atención administrada. Esta persona se llama "representante autorizado". El funcionario de Medicaid encargado de determinar la elegibilidad puede divulgar cualquier información relacionada con su solicitud / revisión y estado a su representante autorizado o a cualquier miembro de la organización que se indica en este formulario. Más de una persona u organización puede servir como su representante autorizado.

Usted puede designar, retirar o cambiar a un representante autorizado en cualquier momento. Si necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Healthy Connections. Si usted es un representante legalmente designado por alguien en esta solicitud, no necesita completar esta sección.

Nombre del Representante Autorizado (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

- Nuevo Cambio Agregado
 Quitar a esta persona u organización como mi representante autorizado

Dirección del Representante Autorizado (Deje en blanco si no cuenta con una).

Número de apartamento u oficina

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del Representante Autorizado

Otro número de teléfono

Dirección de correo electrónico del Representante Autorizado

Nombre de la organización (si corresponde)

Unidad* (si corresponde)

Número de identidad (si corresponde)

*Es mejor identificar una unidad específica para organizaciones grandes.

O

Permiso para divulgar información

¿Hay alguien con quien desee que compartamos información acerca de su solicitud?

Al completar esta sección, puede dar permiso a la siguiente persona para recibir información sobre su solicitud / caso, pero no tendrá la capacidad de actuar en su nombre como un representante autorizado. También puede dar permiso a SCDHHS para divulgar información acerca de esta solicitud a esta persona u organización adicional.

Nombre de la persona / organización

Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Unidad (si corresponde)

Número de identidad (si corresponde)

Firma del solicitante /miembro de Medicaid

Fecha (dd/mm/aaaa)

Si firma con una "X", haga que dos personas firmen abajo como testigos.

Testigo: _____ Testigo: _____

El miembro es discapacitado y no puede firmar. SCDHHS se reserva el derecho a verificar la incapacidad del miembro para firmar. Indique el motivo:

Envíe por correo su formulario firmado a: SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202-3101 **Fax:** (888) 820-1204

NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit SCDHHS.gov or call us at **1-888-549-0820**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-888-842-3620**.