

Solicitud de Asistencia

Asistencia alimentaria

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ayuda a las familias a comprar alimentos para una buena salud. Las familias elegibles reciben una tarjeta de débito para comprar alimentos. Los participantes podrían tener que participar en programas de trabajo y cooperar con los Servicios de Sostentamiento para los Niños. Los beneficios se prorratean a partir de la fecha de solicitud.

Asistencia monetaria

El programa de Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI) proporciona asistencia en efectivo para situaciones de emergencia y para familias con niños. Las familias elegibles reciben un pago único o continuo, dependiendo de las necesidades del hogar. El programa de Ayuda a los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD) proporciona asistencia en efectivo a las personas elegibles para el SSI y que cumplen con otras pautas.

Asistencia para la cobertura de salud del estado

La asistencia de cobertura de salud del estado (HCA) está disponible dependiendo de las necesidades individuales. Las familias elegibles pueden calificar para Medicaid o para el crédito fiscal por pago anticipado de primas (APTC) para ayudar a pagar las primas de la cobertura del de salud del estado o los planes de seguro médico privado asequibles.

Asistencia para el cuidado de niños

El Programa de Cuidado de Niños de Idaho (ICCP) ayuda a los padres y cuidadores a pagar una parte de sus costos de cuidado de niños mientras trabajan, asisten a la escuela o participan en actividades de capacitación aprobadas. Las familias elegibles reciben una parte de los costos de cuidado para niños pagados al proveedor.

¿QUIÉN puede utilizar esta solicitud?

Cualquiera puede usar esta solicitud para:

- Solicitar asistencia para sí mismos o para los miembros de su hogar
- Solicitar uno o varios tipos de asistencia

LO QUE puede necesitar para la solicitud

Adjuntar pruebas de los ingresos de la familia a esta solicitud puede ayudarnos a determinar su elegibilidad más rápidamente. Es posible que necesitemos otras pruebas, como la verificación de recursos o gastos, para procesar su solicitud, pero solo se las pediremos si las necesitamos.

RECURSOS de ayuda para esta solicitud

En línea: healthandwelfare.idaho.gov

Teléfono: 1-877-456-1233 o 1-800-377-3529 (TTY) o 1-800-377-1363 (voz)

Correo electrónico: MyBenefits@dhw.idaho.gov

En persona: Visite nuestro sitio web o llame al número que aparece arriba para encontrar una oficina local.

Hay servicios de interpretación disponibles al 1-877-456-1233. Consulte el reverso de esta página para obtener más información sobre la accesibilidad y los servicios de interpretación.

¿POR QUÉ pedimos esta información?

Mantenemos toda la información privada y segura, como lo exige la ley. Pedimos esta información por las siguientes razones:

- Para averiguar para qué tipos de asistencia usted califica
- Para calcular la cantidad de asistencia para la que usted califica
- Para asegurarnos de que recibe la cantidad correcta de asistencia según su situación

Igualdad de oportunidades para los solicitantes

En cumplimiento con la ley federal, la política del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el Departamento tiene prohibido discriminar, excluir o tratar de manera diferente a las personas debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La discriminación con base en la religión y creencias políticas también está prohibida por la Ley de Cupones de Alimentos y la política del USDA. Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el USDA o el HHS al:

Departamento de Agricultura de Estados Unidos

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: 202-690-7442

Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Room 506F, 200 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20201

Correo electrónico: OCRcomplaint@hhs.gov

Teléfono: 202-619-0403 (voz)
202-619-3257 (TTY)

¿CÓMO presentar esta solicitud?

Envíe su solicitud completa y firmada a:

Self-Reliance Programs - Statewide Application Team

PO Box 83720

Boise, ID 83720-0026

Fax: 1-866-434-8278

Correo electrónico: MyBenefits@dhw.idaho.gov

Las determinaciones de elegibilidad se basan en las reglas y requisitos que pertenecen al programa que solicita. Le diremos si es elegible o no, o le daremos más instrucciones para completar su solicitud. También puede verificar el estado de su solicitud en línea en idalink.idaho.gov.

Accesibilidad y servicios de interpretación

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW) le ofrece los siguientes servicios gratuitos. Pregunte si necesita la siguiente asistencia para comunicarse más eficazmente con nosotros:

- Ayuda para comprender esta solicitud
- Arreglo especial por una discapacidad
- Servicios de interpretación

Para acceder a cualquiera de estos servicios, llame al: 1-877-456-1233 o 1-800-377-3529 (TTY) o 1-800-377-1363 (voz) para personas con problemas de audición.

English	ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-456-1233.	Tagalog (Tagalog/Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-456-1233.
Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-456-1233.	Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-456-1233.
繁體中文 (Chinese)	注意：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 1-877-456-1233。	Français (French)	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-456-1233.
Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-456-1233.	日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-456-1233 まで、お電話にてご連絡ください。
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-456-1233 번으로 전화해 주십시오.	Română (Romanian)	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-456-1233.
नेपाली (Nepali)	ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोलुनुहुन्छ भने तपाइंको निमित्त भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-877-456-1233 ।	Ikirundi (Bantu-Kirundi)	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-877-456-1233.
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-456-1233.	فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان 1233-456-877-1 بگیرید تماس برای شما.
العربية (Arabic)	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-456-1233	Deutsch (German)	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-456-1233.

Derechos de apelación y de audiencia

Tiene el derecho de pedir una audiencia si no está de acuerdo con la decisión tomada por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Tiene 90 días para solicitar una audiencia para el SNAP, y 30 días para la Asistencia Temporal para Familias en Idaho (TAFI), el Programa para el Cuidado de Niños de Idaho (ICCP), la Ayuda a los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD), dinero en efectivo, Medicaid, y el pago anticipado de crédito fiscal para las primas (APTC). Estos plazos comienzan el día después de que el IDHW le dio o le envió por correo un aviso de la acción con la cual usted no está de acuerdo.

Tenga en cuenta que se hará una evaluación de elegibilidad para todos los miembros de la familia en el momento que se revise esta apelación.

Para solicitar una audiencia o una referencia de asistencia jurídica:

- Llame al 1-877-456-1233 o al 1-800-377-3529 (TTY) o al 1-800-377-1363 (voz).
- Envíenos un correo electrónico a MyBenefits@dhw.idaho.gov
- Llene y envíe el Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial en mybenefitforms.dhw.idaho.gov

En la audiencia, puede representarse a sí mismo, utilizar asesoría legal, un familiar, un amigo u otro portavoz.



idalink

idalink es el sitio web de autoservicio en línea de Idaho donde puede ver información sobre los beneficios que recibe, notificar un cambio y solicitar otros programas ofrecidos por IDHW. Registrarse es fácil.

¡Visite idalink.idaho.gov para comenzar hoy mismo!

Háblenos de usted

Usted será la persona de contacto principal para esta solicitud, incluso si no solicita ayuda para sí mismo.

Información que es opcional o no requerida:

- Número de Seguro Social: *opcional para las personas que no hacen la solicitud y para las personas que solicitan cobertura de salud del estado de emergencia o asistencia para el cuidado de niños solamente. Sin embargo, no proporcionar un SSN puede resultar en la negación de los beneficios del SNAP a todas las personas que no proporcionen un SSN.*
- Preguntas sobre las vacunas o la declaración de impuestos federales: *opcional si solicita el SNAP solamente.*
- Hispano o latino
- Preguntas de ciudadanos estadounidenses o nacionales: *opcional para los miembros del hogar que no solicitan asistencia*
- Raza

¿Le interesa el programa Medicaid para Trabajadores con Discapacidades? No Sí

1. ¿Qué tipo de asistencia solicita para usted? (Marque todas las opciones que apliquen)	<input type="checkbox"/> SNAP (Asistencia de Alimentos)	<input type="checkbox"/> HCA (asistencia de cobertura de salud del estado)	<input type="checkbox"/> TAFI/AABD (Asistencia en Efectivo)	<input type="checkbox"/> ICCP (Cuidado de Niños)	<input type="checkbox"/> Ninguno
2. Nombre completo	Primero	Segundo	Apellido		
3. Nombres anteriores (en su caso)	Primero	Segundo	Apellido		
4. Número de Seguro Social					
5. Fecha de nacimiento					
6. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
7. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado				
8. Dirección física	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
9. Dirección postal (si es diferente)	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
10. Correo electrónico					
11. Teléfono primario	Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo				
	Si no tiene, ¿dónde le podemos dejar un mensaje?				
12. ¿Le gustaría nombrar a alguien como su representante autorizado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete el apéndice A <i>Puede dar permiso a un amigo, socio o representante de confianza como un "representante autorizado" para hablar con el departamento, ver su información y actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con su caso.</i>				

Solicitud de Asistencia de Alimentos

Si solicita el SNAP, puede comenzar el proceso de solicitud inmediatamente, llenando su nombre y dirección en las preguntas de arriba y firmando abajo. Debe completar el resto de la solicitud y presentarla lo antes posible para recibir una determinación de beneficios. La fecha de presentación es el día en que recibimos una solicitud con su nombre, dirección y firma.

Si solicita el SNAP, ¿su hogar cumple con alguna de las siguientes situaciones? (Marque todas las opciones que apliquen)

- Su hogar tendrá menos de \$150 de ingresos y menos de \$100 de recursos líquidos (efectivo, cheques y ahorros) este mes
- Los ingresos y recursos de su hogar son menores que los costos mensuales de vivienda y servicios públicos.
- Su hogar incluye un trabajador agrícola migrante o estacional

Si usted califica, los beneficios del SNAP de emergencia pueden comenzar dentro de los 7 días de la fecha de esta solicitud.

Nombre en letra de molde del solicitante o el representante autorizado que solicita el SNAP

Firma del solicitante o el representante autorizado que solicita el SNAP

Fecha

Continúe contándonos acerca de usted

13. Embarazada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", complete a y b.
	a. ¿Cuándo es la fecha de parto?
	b. ¿Cuántos bebés está esperando?
14. Las vacunas están al día	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
15. Idioma preferido: <i>Los servicios de interpretación se enumeran en la portada de esta solicitud.</i>	Hablado Escrito
16. Intérprete	Do you want an interpreter if you are interviewed? (One will be provided at no cost to you) ¿Quiere usted un intérprete si usted sea entrevistado? (Se le proporcionará uno sin costo alguno) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
17. Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico. Nombre la tribu
	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska. Nombre la tribu
18. ¿Hispano o Latino?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
19. Ciudadano estadounidense o nacional	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
20. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete a y b.
	<i>Se verificará el estatus de extranjero con el USCIS. La respuesta del USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y la cantidad de beneficios.</i>
	a. Tipo de documento de inmigración: b. Número de ID del documento:
21. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el AÑO EN CURSO?	<input type="checkbox"/> Si su respuesta es "no", vaya a c. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete de a al c.
	a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete i y ii.
	i. Nombre del cónyuge
	<i>Si a su hogar se le aprueba el Pago Anticipado de Crédito Fiscal para Primas (APTC) y usted decide comprar un seguro a través de Your Health Idaho (YHI), se le asignará un declarante de impuestos adulto como el titular principal de la cuenta. Elija qué cónyuge desea que se le asigne como titular principal de la cuenta para su hogar.</i>
	ii. Nombre del titular de la cuenta principal
	b. ¿Declarará dependientes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete i.
	i. Nombre de los dependientes
c. ¿A usted se le declarará como dependiente en los impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si la respuesta es "sí", complete i.	
i. Nombre del declarante de impuestos:	

Cuéntenos acerca de todos los miembros de su familia

A quién debe incluir en esta solicitud:

- Independientemente de los tipos de asistencia que solicite, necesitamos información sobre todos los miembros de su familia.
- Si solicita asistencia de cobertura de salud del estado para cualquier persona menor de 65 años y no discapacitada, necesitamos información sobre todas las personas que planea incluir en su declaración de impuestos federales este año, incluso si no viven con usted.

Nota: No es necesario que presente una declaración de impuestos para obtener cobertura de salud del estado.

Lea las preguntas en el centro de la página y complete las respuestas y la información debajo de cada persona.

Persona 1

Pregunta

Persona 2

1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> HCA <input type="checkbox"/> ICCP <input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno	1. Tipos de asistencia solicitada (Marque todas las opciones que apliquen)	1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> HCA <input type="checkbox"/> ICCP <input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno
2.	2. Relación con usted	2.
3. Primero	3. Nombre	3. Primero
Segundo		Segundo
Apellido		Apellido
4.	4. Nombres anteriores (en su caso)	4.
5.	5. Número de Seguro Social	5.
6.	6. Fecha de nacimiento	6.
7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	7. Sexo	7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado	8. Estado civil	8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado
9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	9. Las vacunas están al día	9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.	10. Embrazada	10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.
a.	a. ¿Cuándo es la fecha de parto?	a.
b.	b. ¿Cuántos bebés está esperando?	b.
11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	11. Hispano o Latino	11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12. Ciudadano estadounidense o nacional	12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.	13. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?	13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.
a.	a. Tipo de documento de inmigración	a.
b.	b. Número de ID del documento	b.
14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	14. Raza	14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
a.	a. Nombre de la tribu	a.
15. <input type="checkbox"/> Si su respuesta es "no", vaya a c. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.	15. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el AÑO EN CURSO?	15. <input type="checkbox"/> Si su respuesta es "no", vaya a c. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.
a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i y ii.	a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge?	a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i y ii.
i.	i. Nombre del cónyuge	i.
ii.	ii. Nombre del titular de la cuenta principal	ii.
b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.	b. ¿Declarará dependientes?	b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.
i.	i. Nombre de los dependientes	i.
c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.	c. ¿A usted se le declarará como dependiente en los impuestos de otra persona?	c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.
i.	i. Nombre del declarante de impuestos	i.

Continúe contándonos acerca de todos los miembros de su hogar

Lea las preguntas en el centro de la página y complete las respuestas y la información debajo de cada persona.

Persona 3

Pregunta

Persona 4

1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> HCA <input type="checkbox"/> ICCP <input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno	1. Tipos de asistencia solicitada (Marque todas las opciones que apliquen)	1. <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> HCA <input type="checkbox"/> ICCP <input type="checkbox"/> TAFI / AABD <input type="checkbox"/> Ninguno
2.	2. Relación con usted	2.
3. Primero Segundo Apellido	3. Nombre	3. Primero Segundo Apellido
4.	4. Nombres anteriores (en su caso)	4.
5.	5. Número de Seguro Social	5.
6.	6. Fecha de nacimiento	6.
7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	7. Sexo	7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado	8. Estado civil	8. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Seperado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca he estado casado
9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	9. Las vacunas están al día	9. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.	10. Embrazada	10. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.
a.	a. ¿Cuándo es la fecha de parto?	a.
b.	b. ¿Cuántos bebés está esperando?	b.
11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	11. Hispano o Latino	11. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	12. Ciudadano estadounidense o nacional	12. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.	13. Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene un estatus migratorio elegible?	13. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a y b.
a.	a. Tipo de documento de inmigración	a.
b.	b. Número de ID del documento	b.
14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	14. Raza	14. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
a.	a. Nombre de la tribu	a.
15. <input type="checkbox"/> Si su respuesta es "no", vaya a c. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.	15. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para el AÑO EN CURSO?	15. <input type="checkbox"/> Si su respuesta es "no", vaya a c. <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.
a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i y ii.	a. ¿Planea presentarla junto con su cónyuge?	a. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i y ii.
i.	i. Nombre del cónyuge	i.
ii.	ii. Nombre del titular de la cuenta principal	ii.
b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.	b. ¿Declarará dependientes?	b. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.
i.	i. Nombre de los dependientes	i.
c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.	c. ¿A usted se le declarará como dependiente en los impuestos de otra persona?	c. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete i.
i.	i. Nombre del declarante de impuestos	i.

Cuéntenos sobre su situación familiar

1. ¿Alguien en su hogar solicita o ya recibe productos tribales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
2. ¿Alguien en su hogar solicita o ya recibe cuidados de adopción temporal o asistencia para la adopción?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
3. ¿Había alguien en su casa en el sistema de hogares de cuidados de adopción temporal de Idaho cuando cumplieron 18 años? (Si solo solicita el SNAP, omite esta pregunta)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
4. ¿Alguien en su hogar recibe actualmente asistencia de otro estado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a-c.
a. Fechas de la asistencia	Desde (mes/año):	A (mes/año)
b. En caso de que se reciba asistencia de	Ciudad	Condado Estado
c. Tipo de asistencia recibida	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF/Efectivo <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> Otro:	
5. ¿Hay alguien de 65 años o más en su hogar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
6. ¿Hay alguien discapacitado en su hogar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
7. ¿Alguien que hace la solicitud tiene una solicitud pendiente de Discapacidad del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
8. ¿Hay alguien en su hogar que trabaje y crea que cumpliría con el estado de discapacidad determinado por la Administración del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
9. Si solicita la HCA, ¿alguien que hace la solicitud necesita servicios médicos en el hogar? (Si solo solicita el SNAP, omite esta pregunta)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
10. ¿Alguno de los solicitantes vive en un centro de atención médica o recibe atención en el hogar? (Si solo solicita el SNAP, omite esta pregunta)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", complete a-c. a. ¿Quién?
b. Tipo de centro o proveedor	<input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Centro de vivienda con asistencia <input type="checkbox"/> Hogar familiar certificado <input type="checkbox"/> Atención en el hogar	
c. Nombre del centro o proveedor		
d. Teléfono del centro o proveedor		

Cuéntenos acerca de su evento de vida que califica

Complete esta sección si alguien en el hogar solicita la asistencia de cobertura de salud del estado. Esta información puede ser necesaria como parte de su determinación de elegibilidad para el crédito fiscal por pago anticipado de primas (APTC). Si solo solicita el SNAP, **pase a la página 6.**

Complete las siguientes preguntas con base en cualquier evento de la vida dentro de los últimos 60 días, a menos que se indique lo contrario.

1. ¿Algún miembro de su hogar recientemente perdió o espera perder la cobertura de seguro de salud del estado dentro de los próximos 60 días?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
2. ¿Algún miembro de su hogar se convirtió recientemente en ciudadano o inmigrante legal en Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
3. ¿Alguien se mudó o se fue de su hogar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
	¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Tuvo un bebé <input type="checkbox"/> Se casó <input type="checkbox"/> Se divorció <input type="checkbox"/> Ha adoptado o está en cuidados de adopción temporal de un niño <input type="checkbox"/> Otro
4. ¿Algún declarante de impuestos existente en su hogar obtuvo recientemente un nuevo dependiente de impuestos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
5. ¿Su familia se mudó recientemente a Idaho?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?
6. ¿Su familia se mudó recientemente dentro de Idaho?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?
7. ¿Su ingreso familiar cambió recientemente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? ¿Cómo? <input type="checkbox"/> Incremente <input type="checkbox"/> disminución

Continúe contándonos sobre su situación familiar

Si solo solicito la cobertura de salud del estado y todos los miembros de la familia tienen menos de 65 años y no están incapacitados, **pase a la pregunta 10.**

1. ¿A alguien de su hogar se le descalificó para recibir asistencia pública debido a una violación intencional del programa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
	¿Cuándo se le descalificó? Estado:
2. ¿A alguien de su hogar se le condenó por un delito grave?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
	¿Esa persona está cumpliendo con los requisitos de su sentencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3. ¿Hay alguien en su hogar que huye para evitar ser procesado por un delito grave o ir a la cárcel?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
4. ¿A alguien de su hogar se le condenó por intercambiar beneficios de cupones de alimentos por armas, municiones o explosivos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
5. ¿A alguien de su hogar se le condenó por comprar o vender beneficios del SNAP por más de \$500?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
6. ¿A alguien de su hogar se le condenó por recibir beneficios del SNAP duplicados en algún estado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
7. ¿Hay alguien en su hogar que esté violando las condiciones de libertad condicional?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?
8. Si solicita el ICCP, ¿hay alguien en su hogar que participe en un programa de trabajo o capacitación proporcionado por un refugio para personas sin hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, pídale a la agencia que provea el formulario de Actividad de Cuidado de Niños . disponible en línea en mybenefitforms.dhw.idaho.gov .
9. ¿Alguien en su hogar ha recibido \$3500,00 o más en ganancias de lotería o juegos de azar (por vez) dentro de los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", fecha de ganar (dd/mm/aaaa)
10. ¿Hay alguien en la lista de esta solicitud que actualmente está encarcelado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", ¿quién?

Cuéntenos sobre los estudiantes

Cuéntenos sobre cualquier solicitante entre las edades de 16 y 49 años que esté asistiendo a la escuela (escuela secundaria o superior).

Lea las preguntas en el centro de la página y complete las respuestas y la información debajo de cada persona.

Persona 1	Pregunta	Persona 2
	Nombre del estudiante	
	Nombre de la escuela	
	¿Cuántas horas por semana asiste el estudiante a la escuela?	
	Fecha prevista de graduación	
<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad (complete a-d)	Tipo de escuela (marque uno)	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad (complete a-d)
<input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado	a. Tipo de titulación	<input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de la mitad del tiempo	b. Estado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de la mitad del tiempo
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	c. ¿Al estudiante se le otorgó un estudio de trabajo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	d. ¿Todas las clases son en línea?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Cuéntenos de los padres que no están en la casa.

Complete lo siguiente para cada niño que tenga un padre (o padres) que NO vivan con ellos. Se proporcionará la información a los Servicios de Sostenimiento para los Niños para poder perseguir un caso de sostenimiento de niños si es elegible. Debe cooperar con los Servicios de Sostenimiento para los Niños. Si no desea abrir un caso de sostenimiento para niños, debe comunicarse con nosotros llamando al 1-877-456-1233 o al 1-800-377-3529 (TTY) o al 1-800-377-1363 (voz).

Lea las preguntas en el centro de la página y llene las respuestas y la información debajo de cada padre.

Otro Padre 1	Pregunta	Otro Padre 2
1.	1. Nombre del niño	1.
2. Primero	2. Nombre del padre que no está en casa	2. Primero
Segundo		Segundo
Apellido		Apellido
3.	3. Nombres anteriores de los padres que no están en casa, si los hay	3.
4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Número de Seguro Social y sexo	4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. FDN Edad	5. Fecha de nacimiento o edad aproximada	5. FDN Edad
6. Calle	6. Dirección física	6. Calle
Ciudad		Ciudad
Estado Código postal		Estado Código postal
Condado		Condado
7. Calle	7. Dirección postal (si es diferente)	7. Calle
Ciudad		Ciudad
Estado Código postal		Estado Código postal
8.	8. Correo electrónico	8.
9.	9. Teléfono	9.
10.	10. Último empleador conocido	10.
11.	11. Última ciudad conocida del empleador	11.

Otro Padre 3	Pregunta	Otro Padre 4
1.	1. Nombre del niño	1.
2. Primero	2. Nombre del padre que no está en casa	2. Primero
Segundo		Segundo
Apellido		Apellido
3.	3. Nombres anteriores de los padres que no están en casa, si los hay	3.
4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Número de Seguro Social y sexo	4. SSN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5. FDN Edad	5. Fecha de nacimiento o edad aproximada	5. FDN Edad
6. Calle	6. Dirección física	6. Calle
Ciudad		Ciudad
Estado Código postal		Estado Código postal
Condado		Condado
7. Calle	7. Dirección postal (si es diferente)	7. Calle
Ciudad		Ciudad
Estado Código postal		Estado Código postal
8.	8. Correo electrónico	8.
9.	9. Teléfono	9.
10.	10. Último empleador conocido	10.
11.	11. Última ciudad conocida del empleador	11.

Cuéntenos sobre los ingresos de su hogar

Nota: Si solo solicita HCA y todos los miembros de la familia tienen **menos de 65 años y no están incapacitados**, indique sus **ingresos gravables**.

Para todos los demás programas, cuéntenos sobre todos los ingresos que recibe su hogar. Esto incluye cualquier dinero recibido por un adulto, o por niños, de 16 años de edad o mayores, que no asisten a la escuela secundaria. Queremos saber acerca de los últimos 30 días, así como cualquier dinero recibido trimestral o anualmente. También queremos saber acerca de los ingresos de cualquier trabajo que haya empezado o que vaya a empezar en los próximos 30 días. Los tipos de ingresos incluyen:

No ganados

Sueldos o salarios de:

- Prestaciones por desempleo
- Ganancias de juegos y lotería
- Ingresos por alquiler
- Seguridad Social y veteranos
- Ingresos por discapacidad
- Ingreso por jubilación o pensión
- Regalos en efectivo
- Sostenimiento para los niños

Ganado

Sueldos o salarios de:

- Empleo
- Autoempleo (incluyendo ser dueño de su propio negocio, trabajos ocasionales, cuidar niños, recoger latas, donar plasma, etc.).

Ingreso 1

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador	Número de teléfono del empleador
Promedio de horas trabajadas cada semana	Salarios o propinas (antes de impuestos)
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?
Se espera que cambien los ingresos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa	Tipo de trabajo	
Ingresos brutos estimados para este mes	Promedio de horas trabajadas cada semana	Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso	Cantidad
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?
Fuente de ingreso	Cantidad
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia	
Fecha ordenada por el juez (mes/año)	Monto de la pensión alimenticia
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingreso 2

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador	Número de teléfono del empleador
Promedio de horas trabajadas cada semana	Salarios o propinas (antes de impuestos)
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?
Se espera que cambien los ingresos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa	Tipo de trabajo	
Ingresos brutos estimados para este mes	Promedio de horas trabajadas cada semana	Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso	Cantidad
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?
Fuente de ingreso	Cantidad
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia	
Fecha ordenada por el juez (mes/año)	Monto de la pensión alimenticia
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Continúe informándonos sobre los ingresos de su hogar

Ingreso 3

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

Promedio de horas trabajadas cada semana

Salarios o propinas (antes de impuestos)

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Se espera que cambien los ingresos No Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa

Tipo de trabajo

Ingresos brutos estimados para este mes

Promedio de horas trabajadas cada semana

Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia

Fecha ordenada por el juez (mes/año)

Monto de la pensión alimenticia

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingreso 4

Nombre de la persona con ingresos

Ingresos de un trabajo: Cuéntenos sobre cualquier ingreso que esta persona obtenga de un empleo.

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

Promedio de horas trabajadas cada semana

Salarios o propinas (antes de impuestos)

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Se espera que cambien los ingresos No Sí, ¿por qué? (aumento, cambio de horas, etc.)

Ingresos de su negocio propio: Cuéntenos acerca de cualquier ingreso que esta persona obtenga de su propio negocio. Si los trabajadores por cuenta propia y los ingresos estimados son cero, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en la pregunta sobre ingresos brutos estimados.

Nombre de la empresa

Tipo de trabajo

Ingresos brutos estimados para este mes

Promedio de horas trabajadas cada semana

Número de años en el negocio

Ingresos de otras fuentes: Cuéntenos sobre cualquier otro ingreso de esta persona, como Seguro Social, jubilación, beneficios de desempleo, regalos en efectivo y ganancias de juegos de azar o lotería.

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Fuente de ingreso

Cantidad

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Ingresos de pensión alimenticia: Cuéntenos sobre cualquier pensión alimenticia que esta persona reciba.

Fuente de la pensión alimenticia

Fecha ordenada por el juez (mes/año)

Monto de la pensión alimenticia

¿Con qué frecuencia se le paga? Semanal Mensual Anual Cada dos semanas Quincenal, ¿qué días (es decir, el 5 y el 20)?

Solicitud de asistencia para la cobertura de salud

Su ingreso anual anticipado (AAI) es el ingreso bruto (ingresos antes de impuestos) imponible que espera recibir para el año en curso (enero-diciembre). Si ya conoce el AAI total de su hogar, escríbelo aquí: \$

Si no conoce su AAI para este año, puede calcularla usando la hoja de trabajo en el **Apéndice C**.

Cuéntenos de sus vehículos y cuentas bancarias

Si solo solicita cobertura de salud del estado y todos los miembros del hogar son menores de 65 años y no están incapacitados, **pase a la página 13**. De lo contrario, complete esta sección.

Vehículos de motor

Cuéntenos sobre todos los vehículos, incluyendo autos, camiones, motocicletas, remolques, botes, motos de nieve y otros vehículos recreativos que posee su hogar.

Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	
Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	
Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	
Propietario				Valor actual
Año, marca, modelo				
Uso primario (elija uno)	<input type="checkbox"/> Se utiliza para las empresas de autoempleo	<input type="checkbox"/> Recreativos	<input type="checkbox"/> Uso personal o diario	
	<input type="checkbox"/> Razones médicas o transporte de personas discapacitadas	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo	
	<input type="checkbox"/> Viajes de ida y vuelta al trabajo	<input type="checkbox"/> Producción de ingresos (taxi, transporte compartido, entregas, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro	

Cheques o ahorros

Cuéntenos acerca de todas las cuentas bancarias que tiene su familia.

Titular principal de la cuenta				Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera				
Número de cuenta				Saldo actual
Titular principal de la cuenta				Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera				
Número de cuenta				Saldo actual
Titular principal de la cuenta				Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera				
Número de cuenta				Saldo actual
Titular principal de la cuenta				Tipo de cuenta
Nombre de la entidad financiera				
Número de cuenta				Saldo actual

Cuéntenos sobre sus recursos y propiedades

Si solo solicita cobertura de salud del estado y todos los miembros del hogar son menores de 65 años y no están incapacitados, **pase a la página 13**. De lo contrario, complete esta sección.

Recursos

Cuéntenos sobre todos los recursos que posee su familia, incluyendo efectivo en mano, acciones, bonos, fondos mutuos, 401K, IRA, fideicomisos, CD, pólizas de seguro de vida, fondos de sepelio, etc.

Propietario			Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera			
Número de cuenta			Valor actual
Propietario			Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera			
Número de cuenta			Valor actual
Propietario			Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera			
Número de cuenta			Valor actual
Propietario			Tipo de recurso
Nombre de la entidad financiera			
Número de cuenta			Valor actual

Propiedad

Cuéntenos sobre todas las otras propiedades (incluyendo su casa) que sean propiedad de cualquier persona en su hogar. Esto incluye terrenos, edificios, propiedades de alquiler, etc.

Propietario			Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad			Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:		
Propietario			Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad			Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:		
Propietario			Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad			Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:		
Propietario			Tipo de propiedad
Dirección de la propiedad			Valor
Uso primario	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler <input type="checkbox"/> Negocios o autoempleo <input type="checkbox"/> Otro:		

Venta o transferencia de recursos y propiedad

Cuéntenos sobre las personas en su hogar que hayan vendido, transferido o regalado dinero en efectivo, propiedades, vehículos u otros activos en los últimos cinco años.

Propietario			¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado	
Propietario			¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado	
Propietario			¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado	
Propietario			¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado	
Propietario			¿Qué activo?
Fecha de la transacción	Importe recibido	Valor justo de mercado	

Cuéntenos sobre sus gastos del hogar

Si solo solicita cobertura de salud del estado y todos los miembros del hogar son menores de 65 años y no están incapacitados, **pase a la página 13**. De lo contrario, complete esta sección. Sus Cupones de Alimentos pueden aumentar si tiene gastos como el cuidado de niños o adultos, paga manutención por niños menores que no viven con usted, costos de vivienda, gastos médicos (incluyendo recetas) para personas con discapacidad o mayores de 65 años, y gastos de servicios públicos. Sin embargo, si no reporta o verifica cualquiera de estos gastos, se entenderá que no desea una deducción por los gastos no reportados o no verificados.

Gastos de alojamiento

Cuéntenos sobre sus gastos de alojamiento. Cuando nos diga la cantidad de cada gasto, incluya solo la cantidad que USTED paga.

Alquiler (de residencia)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:
Nombre del propietario	Número de teléfono
Alquiler de espacio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:
Hipoteca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:
¿El monto de su hipoteca incluye alguno de los siguientes gastos? <i>Si no paga un gasto de hipoteca, indíquelo escribiendo "0" o "ninguno" en el campo de gastos.</i>	Riego <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:
	Impuestos a la propiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:
	Cuotas de mantenimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:
	Seguro para propietarios de vivienda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, importe mensual:
Segunda hipoteca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, importe mensual:
Marque las casillas de cada servicio público que pague y que NO esté incluido en su alquiler o hipoteca	<input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Teléfono

Gastos de cuidado de dependientes

Cuéntenos sobre cualquier cuidado de niños, cuidado de adultos discapacitados o cuidado de ancianos que usted pague. Si solicita el ICCP, su proveedor también debe completar un formulario de proveedor de cuidado para niños, que se encuentra en mybenefitforms.dhw.idaho.gov.

Nombre del dependiente		
Cargo total por asistencia	Importe que usted paga	Con qué frecuencia lo paga
Nombre del proveedor		Número de teléfono del proveedor
Dirección del proveedor		
Nombre del dependiente		
Cargo total por asistencia	Importe que usted paga	Con qué frecuencia lo paga
Nombre del proveedor		Número de teléfono del proveedor
Provider's address		
Nombre del dependiente		
Cargo total por asistencia	Importe que usted paga	Con qué frecuencia lo paga
Nombre del proveedor		Número de teléfono del proveedor
Dirección del proveedor		

Gastos de sostenimiento para los niños

Cuéntenos sobre cualquier gasto de sostenimiento para los niños o atrasos que usted pague a alguien que no esté en su hogar.

Nombre de la persona con el gasto	Importe que usted paga
¿Quién recibe el pago?	Con qué frecuencia lo paga
Nombre de la persona con el gasto	Importe que usted paga
¿Quién recibe el pago?	Con qué frecuencia lo paga
Nombre de la persona con el gasto	Importe que usted paga
¿Quién recibe el pago?	Con qué frecuencia lo paga

Gastos individuales

Cuéntenos sobre cualquier gasto individual que corresponda SOLAMENTE a las personas en su hogar que tienen 65 años o más (60 si solicitan el SNAP) o están incapacitadas. Los gastos permitidos incluyen algunos gastos médicos y primas de seguro de salud privado que usted paga.

Nombre de la persona con el gasto	Monto que paga
Tipo de gasto	Con qué frecuencia lo paga
Nombre de la persona con el gasto	Monto que paga
Tipo de gasto	Con qué frecuencia lo paga
Nombre de la persona con el gasto	Monto que paga
Tipo de gasto	Con qué frecuencia lo paga
Nombre de la persona con el gasto	Monto que paga
Tipo de gasto	Con qué frecuencia lo paga

Cuéntenos sobre su situación de cobertura de salud del estado

Si solo solicita el SNAP o el ICCP, **pase a la página 14.**

1. ¿Alguien que solicita la HCA quiere ayuda para pagar los gastos médicos de los últimos tres (3) meses?

No Sí, complete a y b.

a. Nombre de la persona con gastos:

b. ¿Para cuál de los últimos tres meses necesita ayuda? Incluya el ingreso familiar bruto (antes de impuestos) que recibió su familia en cada uno de esos meses.

Nombre del mes:

Ingresos brutos mensuales

Nombre del mes:

Ingresos brutos mensuales

Nombre del mes:

Ingresos brutos mensuales

2. Es alguien que solicita la HCA y que actualmente recibe cobertura de cualquiera de las siguientes entidades:

CHIP No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Medicare No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

TRICARE No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Atención de la salud VA No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Seguro del empleador No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Cuerpo de paz No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Otro No Sí la respuesta es "sí", ¿quién?

Compañía de seguros

¿Se compró esta cobertura en el mercado de seguros? No Sí

3. ¿Alguien tiene acceso al seguro de salud privado de un trabajo?

No Sí, complete el **Apéndice B.**

(Marque "sí" incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge).

4. ¿Algún niño (menor de 19 años) que hace la solicitud, recibe actualmente cobertura de salud del estado?

No Si la respuesta es "sí", complete a y b para cada niño que reciba cobertura.

a. Nombre del niño:

b. ¿Cuáles de los siguientes servicios están cubiertos por el seguro de salud privado de este niño? (Marque todas las opciones que apliquen)

Servicios de hospitalización y ambulatorios Servicios quirúrgicos y médicos Servicios de laboratorio Servicios de rayos X

a. Nombre del niño:

b. ¿Cuáles de los siguientes servicios están cubiertos por el seguro de salud privado de este niño? (Marque todas las opciones que apliquen)

Servicios de hospitalización y ambulatorios Servicios quirúrgicos y médicos Servicios de laboratorio Servicios de rayos X

a. Nombre del niño:

b. ¿Cuáles de los siguientes servicios están cubiertos por el seguro de salud privado de este niño? (Marque todas las opciones que apliquen)

Servicios de hospitalización y ambulatorios Servicios quirúrgicos y médicos Servicios de laboratorio Servicios de rayos X

Derechos y responsabilidades

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones para todos los tipos de asistencia.

Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y precisa. Se me podría sancionar y se me podría exigir que devuelva cualquier beneficio que reciba si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o penales en mi contra, incluyendo el procesamiento.

Doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o las personas que designe recopilen, usen y divulguen mi información, incluyendo mi número de Seguro Social. Entiendo que la información es necesaria para proporcionar beneficios o servicios, obtener el pago de mis beneficios o servicios, y para las operaciones comerciales normales del departamento.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el departamento ya haya utilizado y divulgado mi información. Si revoco este consentimiento, el departamento no proporcionará más beneficios o servicios.

Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de privacidad del departamento.

Tengo la obligación de informar cuando el ingreso mensual de mi hogar exceda el límite bruto para el tamaño de mi hogar.

Se me notificará del derecho de apelar las decisiones del departamento y puedo contactarlo para obtener información sobre el proceso de apelación.

Entiendo que todos los miembros adultos del hogar pueden ser responsables de pagar los beneficios si el hogar recibió beneficios a los que no tenía derecho. Esto aplica para una emisión excesiva de beneficios ocasionada por un error de la agencia, un error doméstico inadvertido y violaciones intencionales al programa. Si hay un sobrepago de beneficios a su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los SSN de adultos, puede ser referida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobros de reclamos para que se le cobre.

Esta información puede revelarse a otras agencias federales y estatales para que la examinen oficialmente, y a las fuerzas policiales, para que detengan a las personas que huyen para eludir la ley.

La información disponible a través del sistema de verificación de elegibilidad de ingresos (IEVS), y otras fuentes en línea, se utiliza y puede ser verificada a través de un tercero cuando se descubren diferencias entre el sistema y lo que usted indica. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios.

Es posible que se me pida que coopere con revisores estatales o federales que se asegurarán de que mis beneficios sean correctos. Es posible que no sea elegible para recibir beneficios si no coopero.

Como parte de mi solicitud, entiendo que el IDHW abrirá un caso de sostenimiento para los niños y que debo cooperar con los Servicios de Sostenimiento para los Niños.

Firma (obligatoria)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Mi firma confirma que he leído y entendido los derechos y responsabilidades listados en esta página y lo que se requiere que indique.

Nombre en letra de molde del solicitante o representante autorizado

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del solicitante o representante autorizado
HW20005 | Rev. 08/14/2020 Co

Firma del solicitante o representante autorizado

Fecha

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones si alguien solicita el SNAP (anteriormente, cupones de alimentos).

Para recibir el SNAP, es posible que se me pida que participe en programas de trabajo. No hacerlo puede resultar en una pérdida o disminución de los beneficios.

Es ilegal regalar mi tarjeta EBT o cambiar los beneficios de mi tarjeta por dinero en efectivo, armas de fuego, drogas u otros bienes y servicios. Las sanciones incluyen multas, encarcelamiento y descalificación de beneficios futuros. Los beneficios que recibo son solo para mí y para los miembros de mi familia. No puedo usar mis beneficios del SNAP para individuos que no forman parte de mi hogar.

Lea y escriba sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones si alguien solicita la HCA

Doy mi consentimiento para la recopilación y uso de datos de ingresos, incluyendo información del Departamento de Hacienda (IRS), para determinar la elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud del estado en años futuros (hasta 5 años). Recibiré un aviso cuando esto ocurra, podré hacer cambios y podré optar por no participar en cualquier momento. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito y en cualquier momento, excepto en la medida en que el departamento ya haya utilizado y divulgado mi información con base en este consentimiento. Si revoco este consentimiento, no seré elegible para el APTC.

Si se determina que soy elegible para recibir un crédito fiscal (también conocido como el APTC) y utilizo estos fondos para la compra de un plan de salud calificado (QHP), cualquier discrepancia entre mis ingresos declarados, que se utilizaron para determinar la elegibilidad, y el monto del crédito fiscal, se conciliará con el ingreso final declarado en mis impuestos al final del año calendario. El IRS será responsable de llevar a cabo esta conciliación y cualquier discrepancia puede ocasionar un ajuste del crédito tributario, incluyendo el derecho a créditos adicionales o al reembolso de los créditos que recibo.

Si se determina que soy elegible para Medicaid, el plan en el que me inscribirán dependerá de mis necesidades individuales.

Mi firma o la firma de mi representante autoriza a las oficinas estatales a comunicarse con las compañías de seguros relacionadas con la asistencia médica de mi hijo o mías.

Si recibo Medicaid después de los 55 años de edad, mi patrimonio puede estar sujeto a la recuperación de los gastos médicos pagados en mi nombre, y cualquier transferencia de bienes puede ser anulada por un tribunal si no recibo el valor adecuado.

Tengo derecho a elegir un médico de atención primaria de Healthy Connections para solicitar remisiones para recibir servicios, y a cambiar de médico o clínica si mis circunstancias cambian.

Lea y escriba sus iniciales en la siguiente declaración si alguien solicita el TAFI o el AABD

Si recibo asistencia en efectivo (TAFI o AABD), no puedo retirar beneficios en efectivo ni usar fondos de beneficios en efectivo para comprar productos y servicios en establecimientos de juego, licorerías y tabacaleras, lugares de entretenimiento para adultos, otros establecimientos que prohíben la entrada a personas menores de 18 años, o tatuajes, perforaciones corporales u otros salones de mercado corporal.

Lea y escriba sus iniciales en la siguiente declaración si alguien solicita el ICCP

Si se determina que soy elegible para el Programa de Cuidado de Niños de Idaho (ICCP), puedo ser responsable de pagar parte de los costos de mi cuidado de niños.

Apéndice A

Formulario de representante autorizado

Puede autorizar a una persona de confianza, como un amigo, compañero, asistente social de un tercero o una organización, para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y representarlo en todos los asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud o información de renovación en su nombre. A esta figura se le llama "representante autorizado".

Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado o revocar el acceso a su información, comuníquese con el departamento para completar un nuevo formulario de representante autorizado o para actualizar su información sobre quién puede acceder a su cuenta.

Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, debe enviar pruebas de ello, como un poder legal, junto con la solicitud.

Háblenos de usted

1. Nombre	Primer	Segundo	Apellido
2. Número de seguro social			
3. Fecha de nacimiento			

Díganos a quién desea nombrar como su representante autorizado

1. Nombre	Primer	Segundo	Apellido			
2. Relación con el solicitante						
3. Dirección de correo	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
4. Teléfono			Tipo de teléfono	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular
5. Correo electrónico						

Complete esta sección para que una organización sea su representante autorizado

1. Nombre de la organización					
2. ID de la organización (si aplica)					
3. Dirección de correo	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
4. Teléfono					
5. Correo electrónico (si aplica)					

Firma

Como representante autorizado, entiendo que estoy de acuerdo con mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o beneficiario proporcionada por el Departamento de Salud y Bienestar. Para los programas de cuidados de la salud, entiendo que cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente use o divulgue información en violación de la sección 1411(g) de la Ley de Cuidados de la Salud Asequible estará sujeta a un CMP de no más de \$25 000 como se ajusta anualmente de conformidad con la patre 102 del título 45 del CFR por persona o entidad, por uso o divulgación, de acuerdo con las bases y el proceso de imposición de penalidades civiles especificados en la sección 155.285, además de otras penalidades que puedan ser prescritas por la ley.

Nombre en letra de molde del representante autorizado Firma del representante autorizado Fecha
(En el caso de una organización, proporcione el nombre de alguien que atestigüe los términos y condiciones de este formulario)

Nombre impreso del solicitante Firma del solicitante Fecha

Apéndice B

Cobertura de salud del estado de los empleadores

Complete este apéndice si alguien en el hogar tiene acceso a, o recibe actualmente, cobertura de salud del estado de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura. **No es necesario que complete este apéndice si solo solicita el SNAP o el ICCP.**

Información del empleado

Nombre	Primer	Segundo	Apellido	
Número de seguro social				
Dirección	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono				
Correo electrónico				
Enumere a todas las personas que son elegibles para la cobertura de este plan				
¿Se perdió el período de inscripción abierta de su empleador y tiene que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, complete a.			
	a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? (MM/DD/AAAA):			

Información del plan de salud (el empleador debe completarla)

¿El plan cumple con la cobertura mínima esencial (MEC)*?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿El plan cumple con la norma de valor mínimo**?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a.
a. Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la cantidad de la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar. <i>Complete esta sección para el plan de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo** ofrecido solo al empleado (no incluya planes familiares).</i>	
¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan?	\$ _____
¿Con qué frecuencia se le paga?	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada mes <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual

Información del empleador

Nombre de la empresa	
Teléfono	
Correo electrónico	
Nombre de la persona que completa el formulario	
¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura de salud del estado de los empleados en este trabajo (si es diferente)?	

Firma del empleador (requerido)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa.

Firma del empleador

Fecha

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "cobertura esencial mínima" si ofrece los beneficios esenciales de salud que se definen en la sección 1302(a) de la Ley de Atención de Salud Asequible.

**Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (sección 36B9c09209C0(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

Apéndice C

Hoja de trabajo de ingresos anuales anticipados

Complete esta hoja de trabajo si alguien en su hogar solicita la asistencia de cobertura de salud del estado (HCA). Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar la elegibilidad para el crédito fiscal por pago anticipado de primas (APTC).

No es necesario que complete este apéndice si solo solicita cupones para alimentos.

Su ingreso anual anticipado (AAI) es el ingreso bruto imponible que espera recibir para el año en curso (enero-diciembre). Use las siguientes tablas para indicar el ingreso bruto (antes de impuestos) de todos los miembros de su familia para cada mes del año en curso. Si necesita ayuda para determinar a quién contar en su hogar, vea la página uno de esta solicitud. *Pida o haga una copia de esta hoja de trabajo si tiene más de dos miembros de la familia con ingresos.*

Ingresos obtenidos

Los ingresos son el dinero ganado (*salario o sueldo*) de un trabajo o de un empleo por cuenta propia (*incluyendo ser dueño de su propio negocio, hacer trabajos esporádicos, cuidar niños, recoger latas, donar plasma, etc.*). Indique cualquier ingreso de trabajo por cuenta propia como ingreso neto (*en lugar de ingreso bruto*).

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Ingresos del Seguro Social

Incluya los beneficios de Seguro Social por Incapacidad y de Seguro Social por jubilación. NO reste ningún pago que haga de la cantidad que le corresponde. NO incluya a los sobrevivientes del Seguro Social ni al ingreso suplementario del Seguro Social (*también conocido como el título XVI*).

Nombre del destinatario 1:	Ene:	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Nombre del destinatario 2:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Ingresos no derivados del trabajo

Incluya el ingreso gravable, como el alquiler, la jubilación, el desempleo y las ganancias de juegos de azar y lotería.

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 2:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Nombre de la persona con ingresos

Fuente de ingresos 1:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:
Fuente de ingresos 2:	Ene	Feb:	Mar:	Abr:	May:	Jun:
	Jul:	Ago:	Sep:	Oct:	Nov:	Dic:

Sume todas las cifras que has introducido en las tablas anteriores. Indique el total aquí: \$

Este es su ingreso anual anticipado.

Indique esta cifra en el cuadro de preguntas en la parte inferior de la **página 9** de esta solicitud.