



Solicitud impresa para el consumidor de Georgia Access

Los consumidores que deseen solicitar cobertura de salud a través de Georgia Access por correo postal deben utilizar esta solicitud impresa. Deben llenar esta solicitud al completar el PDF electrónicamente y luego imprimirlo, o imprimirlo y escribir sus respuestas. Las solicitudes en papel completadas y firmadas deben enviarse por correo postal a la dirección que se detalla a continuación. Los consumidores también pueden presentar su solicitud en línea mediante un intermediario en línea certificado de Georgia Access, una compañía de seguros de Georgia Access, un agente certificado de Georgia Access o en el portal para consumidores de Georgia Access.

ATTN: Consumer Paper Application
Georgia Access Contact Center
PO Box 12264
Birmingham, AL 35202

Si tiene información o miembros adicionales en su unidad familiar, haga copias según sea necesario para cada sección y adjúntelas.

PRIMER PASO: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Proporcione información del **punto de contacto principal** para la solicitud. El **punto de contacto principal** para su solicitud debe ser un miembro de su unidad familiar mayor de 18 años.

Punto de contacto principal - Información de contacto			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		6. Correo electrónico	
7. Teléfono del hogar		8. Número de teléfono móvil (si corresponde) ☐ Envíenme alertas importantes a este número de teléfono. Pueden aplicarse tarifas de mensajes estándar.	
9. Dirección particular (deje en blanco del punto 9 al 14 si no tiene)		10. Dirección 2 (si corresponde)	
11. Ciudad	12. Condado	13. Estado	14. Código postal
15. Dirección para correspondencia (si es diferente de la dirección particular, complete los campos 15 a 20)		16. Dirección 2 (si corresponde)	
17. Ciudad	18. Condado	19. Estado	20. Código postal

Punto de contacto principal - Información de contacto	
21. Método de comunicación preferido (<i>seleccione uno</i>)	☐ Electrónico (p. ej., envío de notificaciones a una bandeja de entrada segura o a un correo electrónico) ☐ Impreso (p. ej., envío de notificaciones a la dirección postal)
22. Idioma escrito preferido	23. Idioma hablado preferido

SEGUNDO PASO: INFORMACIÓN SOBRE EL PUNTO DE CONTACTO PRINCIPAL

Complete el segundo paso al proporcionar la siguiente información para el **punto de contacto principal** que se menciona en el primer paso.

No necesita proporcionar su condición migratoria o un número de Seguro Social para el **punto de contacto principal** si no necesita cobertura de salud. Mantendremos toda la información que usted proporcione de forma privada y segura, como lo exige la ley. Usaremos información personal solo para verificar si usted es elegible para la cobertura de salud.

Punto de contacto principal - Información adicional		
1. Estado civil ☐ Casado ☐ No casado	2. Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre	
3. Número de Seguro Social (SSN) Proporcione su SSN, si tiene. Si no se proporciona ningún SSN, se le pedirá que proporcione documentación adicional al final de la solicitud. Informar su SSN puede ayudar a verificar su elegibilidad para inscribirse en la cobertura. Si no tiene un SSN y desea presentar una solicitud, visite www.ssa.gov/ssnumber . Si no tiene un SSN, déjelo en blanco y consulte la siguiente sección para proporcionar más información. _____-_____-_____ ☐ No necesito cobertura, por lo que no proporcione mi SSN.		
4. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales para 2025? (Todavía puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales)	☐ Sí	☐ No En caso negativo, pase a la pregunta 7.
5. Si planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿la presentará conjuntamente con su cónyuge? En caso afirmativo, escriba el nombre de su cónyuge a continuación:	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
6. Si planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? En caso afirmativo, indique los nombres de los dependientes a continuación:	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		

Punto de contacto principal - Información adicional		
7. ¿Se le declarará a usted como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona? <i>En caso afirmativo, indique el nombre del contribuyente de impuestos a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
8. ¿Está embarazada? <i>En caso afirmativo, indique cuántos hijos espera durante este embarazo y la fecha estimada de parto a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Número de hijos que espera de este embarazo:		
Fecha de parto estimada (dd/mm/aaaa):		
9. ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	☐ Sí	☐ No
10. Si está solicitando seguro médico, ¿se encuentra actualmente encarcelado (detenido o en prisión)?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 12.</i>
11. ¿Se enfrenta actualmente a una disposición de cargos?	☐ Sí	☐ No
12. ¿Necesita cobertura de salud?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a "Información actual sobre empleo e ingresos" a continuación.</i>
13. ¿Tiene una afección física, mental o emocional que le cause limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.)? ¿Tiene una necesidad especial de atención médica o vive en un centro médico o en una residencia para adultos mayores?	☐ Sí	☐ No
14. ¿Es usted ciudadano natural estadounidense o tiene ciudadanía adquirida de los EE. UU.?	☐ Sí <i>En caso afirmativo, pase a la pregunta 20.</i>	☐ No

Punto de contacto principal - Información adicional		
15. ¿Es usted ciudadano naturalizado o ciudadano derivado? <i>En caso afirmativo, indique su número de extranjero y número de certificado a continuación:</i>	☐ Sí <i>En caso afirmativo, indique su número de extranjero y número de certificado, luego pase a la pregunta 20.</i>	☐ No
Número de inmigrante:		
Número de certificado:		
16. Si no es ciudadano de los EE. UU. o naturalizado, ¿tiene una condición migratoria elegible? <i>En caso afirmativo, complete la siguiente sección:</i>	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 20.</i>
Tipo de documento de inmigración:		
Número de identificación:		
Tipo de estado (opcional):		
Nombre (como se muestra en su documento de inmigración):		
Número de extranjero o I-94:		
Número de tarjeta o pasaporte:		
ID SEVIS o fecha de caducidad (opcional):		
Otro (código de categoría o país de emisión):		

Punto de contacto principal - Información adicional

17. ¿Tiene también alguno de estos documentos? *(seleccione todas las opciones que correspondan)*

- ☐ Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU.
- ☐ Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados
- ☐ Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (si es menor de 18 años)
- ☐ Participante cubano/haitiano
- ☐ Residente de Samoa Americana
- ☐ Cónyuge, hijo o progenitor maltratado en virtud de la *Ley de Violencia contra la Mujer*
- ☐ Documento que indique que es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal o indígena americano nacido en Canadá
- ☐ Documento que indique la suspensión de la remoción
- ☐ Ninguno de estos

Punto de contacto principal - Información adicional		
18. ¿Tuvo residencia principal en los EE. UU. desde 1996?	☐ Sí <i>En caso afirmativo, pase a la pregunta 20.</i>	☐ No
19. ¿Tuvo su condición migratoria actual durante los últimos cinco años?	☐ Sí	☐ No
20. ¿Es usted, su cónyuge o son sus padres, veteranos dado de baja con honores o miembros en servicio activo del ejército de los EE. UU.? (opcional)	☐ Sí	☐ No
21. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?	☐ Sí	☐ No
22. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es usted la persona principal que cuida de este niño o estos niños? <i>En caso afirmativo, indique los nombres de los niños y su relación con ellos a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:	Relación:	
Nombre:	Relación:	
Nombre:	Relación:	
Nombre:	Relación:	
23. ¿Es estudiante a tiempo completo?	☐ Sí	☐ No
24. ¿Estuvo en cuidado de crianza cuando tenía 18 años o más? <i>En caso afirmativo, indique a continuación la edad en la que dejó de estar bajo cuidado de crianza:</i>	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 26.</i>
Edad:		
25. Durante su tiempo bajo cuidado de crianza, ¿recibió Medicaid de un proveedor estatal de los EE. UU.? <i>En caso afirmativo, indique en qué estado a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Estado:		
26. ¿Es usted indígena americano o nativo de Alaska?	☐ Sí <i>En caso afirmativo, complete el apéndice B.</i>	☐ No

Punto de contacto principal - Información adicional		
27. ¿Es usted de etnia hispana/latina? (opcional)	☐ Sí	☐ No
28. ¿Cuál es su raza? (opcional; seleccione todas las que correspondan)	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Hawaiano nativo ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanca ☐ Otra: Asiática ☐ Otra: Isla del Pacífico ☐ Otra: _____	

Ayuda para pagar la cobertura

Responda la siguiente pregunta para indicar si este **punto de contacto principal** desea ayuda para pagar la cobertura.

- Si se selecciona "Sí", se evaluará la elegibilidad de este **punto de contacto principal** para recibir subsidios que podrían reducir el costo de su seguro médico y para Georgia Medicaid o PeachCare for Kids®.
- Si selecciona "No", omita la sección "Información de ingresos y empleo actual" a continuación para este **punto de contacto principal**. Este **punto de contacto principal** no será considerado para subsidios ni para Georgia Medicaid o PeachCare for Kids® y estará solicitando un seguro de costo total.

¿Quiere ser considerado para recibir asistencia económica para ayudar a pagar la cobertura de salud?	☐ Sí	☐ No En caso negativo, pase al tercer paso.
--	-----------------------------	---

Información actual sobre empleo e ingresos

Proporcione información sobre cualquier ingreso que reciba. Omita esta sección si seleccionó "No" en la pregunta anterior sobre ser considerado para recibir asistencia económica para ayudar a pagar la cobertura de salud.

Condición de empleo			
☐ Sí, estoy empleado Continúe con "Trabajo actual 1".	☐ Sí, soy autónomo Vaya a la sección "Trabajadores autónomos", debajo de "Trabajo actual 2".	☐ Desempleado Vaya a la sección "Otros ingresos", debajo de "Trabajador autónomo".	
Trabajo actual 1			
1. Nombre del empleador			
2. Dirección del empleador			
3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal	6. Número de teléfono del empleador
7. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$	8. Frecuencia de pago ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Anual	9. Horas promedio trabajadas cada semana	

Trabajo actual 2 (si corresponde)

Si tiene más de dos trabajos actuales, adjunte otra hoja que contenga la información solicitada a continuación para cada trabajo adicional.

1. Nombre del empleador			
2. Dirección del empleador			
3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal	6. Número de teléfono del empleador
7. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$	8. Frecuencia de pago ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Anual	9. Horas promedio trabajadas cada semana	
Trabajador autónomo			
1. Tipo de trabajo		2. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este trabajo autónomo este mes? \$	

Otros ingresos

Seleccione todas las opciones que correspondan e indique el monto y la frecuencia con la que recibe los ingresos. No necesita declarar ingresos de manutención infantil, pagos de veteranos ni de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Desempleo	Importe \$	Frecuencia
☐ Pensión alimenticia recibida	Importe \$	Frecuencia
☐ Pensión	Importe \$	Frecuencia
☐ Agricultura/pesca netos	Importe \$	Frecuencia
☐ Seguro Social	Importe \$	Frecuencia
☐ Alquiler/regalías netos	Importe \$	Frecuencia
☐ Cuentas de jubilación	Importe \$	Frecuencia
☐ Becas	Importe \$	Frecuencia
☐ Inversión	Importe \$	Frecuencia
☐ Ganancias capitales	Importe \$	Frecuencia
☐ Otros ingresos (identifique):	Importe \$	Frecuencia

Deducciones

Seleccione todas las opciones que correspondan. Proporcione el monto y la frecuencia con la que paga la deducción. Aviso: Si realiza ciertos pagos que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, incluidos los costos en esta solicitud, puede ocasionar un costo más bajo de cobertura de salud.

☐ Pensión alimenticia pagada <i>(Aviso: Solo incluya esta deducción si el divorcio finalizó antes del 1/1/2019).</i>	Importe \$	Frecuencia
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	Importe \$	Frecuencia
☐ Otras deducciones (identifique):	Importe \$	Frecuencia

Ingresos previstos

Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año. Por ejemplo, si solo trabaja en un empleo durante una parte del año o recibe un beneficio solo durante ciertos meses. Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, pase al tercer paso.

Su ingreso total este año \$	Su ingreso total estimado el próximo año \$	¿Es difícil prever sus ingresos? ☐ Sí ☐ No
--	---	---

TERCER PASO: INFORMACIÓN PARA OTROS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Complete el tercer paso para cada **miembro de la unidad familiar**, incluidos su cónyuge/pareja, cualquier dependiente que viva con usted o cualquier persona incluida en su declaración de impuestos federales, si la presenta. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar de todos modos a las personas de su unidad familiar. Consulte la "Solicitud impresa del consumidor de Georgia Access - Hoja de información" para obtener más información sobre a quiénes incluir.

Si tiene más de un **miembro adicional de la unidad familiar**, haga copias adicionales del tercer paso, complete una para cada **miembro adicional** y adjúntelas.

No es necesario proporcionar la condición migratoria ni el número de seguro social de un **miembro de la unidad familiar** que no solicita cobertura de salud. Mantendremos toda la información que usted proporcione de forma privada y segura, como lo exige la ley. Usaremos información personal solo para verificar si usted es elegible para la cobertura de salud.

Información de los miembros de la unidad familiar			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		6. Relación con el punto de contacto principal	
7. Estado civil ☐ Casado ☐ No casado		8. Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre	
9. ¿Vive este miembro de la unidad familiar en la misma dirección que el punto de contacto principal?		☐ Sí En caso afirmativo, pase a la pregunta 16.	☐ No
10. Dirección particular (deje en blanco del punto 10 al 15 si no tiene)		11. Dirección 2 (si corresponde)	
12. Ciudad	13. Condado	14. Estado	15. Código postal
16. Dirección para correspondencia (si es diferente de la dirección particular, llene los campos 16 a 21)		17. Dirección 2 (si corresponde)	
18. Ciudad	19. Condado	20. Estado	21. Código postal
22. Idioma escrito preferido		23. Idioma hablado preferido	

Información de los miembros de la unidad familiar		
24. Número de Seguro Social (SSN) Proporcione el SSN de este miembro de la unidad familiar, si tiene. Si no se proporciona ningún SSN, se le pedirá que proporcione documentación adicional al final de la solicitud. Informar el SSN puede ayudar a verificar la elegibilidad para inscribirse en la cobertura. Si este miembro de la unidad familiar no tiene un SSN y desea presentar una solicitud, visite www.ssa.gov/ssnumber . Si no tiene un SSN, déjelo en blanco y consulte la siguiente sección para proporcionar más información. _____ - _____ - _____ ☐ No necesita cobertura, por lo que no les proporciono su SSN.		
25. ¿Este miembro de la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federales para 2025? (Todavía puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales)	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 28.</i>
26. Si este miembro de la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿la presentará conjuntamente con un cónyuge? <i>En caso afirmativo, escriba el nombre del cónyuge a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
27. Si este miembro de la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federales el próximo año, ¿incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? <i>En caso afirmativo, indique los nombres de los dependientes a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		
28. ¿Se le declarará a este miembro de la unidad familiar como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona? <i>En caso afirmativo, indique el nombre del contribuyente de impuestos a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:		

Información de los miembros de la unidad familiar		
29. ¿Este miembro de unidad familiar está embarazada? <i>En caso afirmativo, indique cuántos hijos se esperan durante este embarazo y la fecha estimada de parto a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Número de hijos que espera de este embarazo:		
Fecha prevista de parto (dd/mm/aaaa):		
30. ¿Este miembro de la unidad familiar estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	☐ Sí	☐ No
31. Si este miembro de la unidad familiar solicita seguro médico, ¿está actualmente encarcelado (detenido o en prisión)?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 33.</i>
32. ¿Se enfrenta actualmente a una disposición de cargos?	☐ Sí	☐ No
33. ¿Este miembro de la unidad familiar necesita cobertura de salud?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a "Información actual sobre empleo e ingresos" a continuación.</i>
34. ¿Tiene este miembro de la unidad familiar una afección física, mental o emocional que cause limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.), una necesidad especial de atención médica o vive en un centro médico o una residencia para adultos mayores?	☐ Sí	☐ No
35. ¿Este miembro de la unidad familiar es ciudadano natural estadounidense o tiene ciudadanía adquirida de los EE. UU.?	☐ Sí <i>En caso afirmativo, pase a la pregunta 41.</i>	☐ No
36. ¿Es este miembro de la unidad familiar un ciudadano naturalizado? <i>En caso afirmativo, indique su número de extranjero y número de certificado a continuación:</i>	☐ Sí <i>En caso afirmativo, indique su número de extranjero y número de certificado, luego pase a la pregunta 41.</i>	☐ No
Número de inmigrante:		
Número de certificado:		

Información de los miembros de la unidad familiar		
37. Si este miembro de la unidad familiar no es ciudadano de los EE. UU. ni naturalizado, ¿tiene una condición migratoria elegible? <i>En caso afirmativo, complete la siguiente sección:</i>	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 41.</i>
Tipo de documento de inmigración:		
Número de identificación:		
Tipo de estado (opcional):		
Nombre (como se muestra en su documento de inmigración):		
Número de extranjero o I-94:		
Número de tarjeta o pasaporte:		
ID SEVIS o fecha de caducidad (opcional):		
Otro (código de categoría o país de emisión):		
38. ¿Este miembro de la unidad familiar también tiene alguno de estos documentos? <i>(seleccione todas las opciones que correspondan)</i>		
☐ Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU. ☐ Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados ☐ Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (si es menor de 18 años) ☐ Participante cubano/haitiano ☐ Residente de Samoa Americana ☐ Cónyuge, hijo o progenitor maltratado en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer ☐ Documento que indique que es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal o indígena americano nacido en Canadá ☐ Documento que indique la suspensión de la remoción ☐ Ninguno de estos		

Información de los miembros de la unidad familiar		
39. ¿Este miembro de la unidad familiar tuvo residencia principal en los EE. UU. desde 1996?	☐ Sí <i>En caso afirmativo, pase a la pregunta 41.</i>	☐ No
40. ¿Este miembro de la unidad familiar tuvo su condición migratoria actual durante los últimos cinco años?	☐ Sí	☐ No
41. ¿Es este miembro de la unidad familiar, o su cónyuge o padre/madre, un veterano dado de baja con honores o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? (opcional)	☐ Sí	☐ No
42. ¿Este miembro de la unidad familiar necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses? <i>En caso afirmativo, indique el nombre del contribuyente de impuestos a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
43. ¿Vive este miembro de la unidad familiar con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida a este niño? <i>En caso afirmativo, indique los nombres de los niños y la relación del miembro de la unidad familiar con ellos a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a "Información actual sobre empleo e ingresos" a continuación.</i>
Nombre:	Relación:	
Nombre:	Relación:	
Nombre:	Relación:	
Nombre:	Relación:	
44. ¿Es este miembro de la unidad familiar un estudiante de tiempo completo?	☐ Sí	☐ No
45. ¿Este miembro de la unidad familiar estaba en cuidado de crianza cuando tenía 18 años o más? <i>En caso afirmativo, indique a continuación la edad en que este miembro de la unidad familiar dejó de estar bajo cuidado de crianza:</i>	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 47.</i>
Edad:		

Información de los miembros de la unidad familiar		
46. Durante su estancia en cuidado de crianza, ¿recibió este miembro de la unidad familiar Medicaid del estado? <i>En caso afirmativo, indique en qué estado a continuación:</i>	☐ Sí	☐ No
Estado:		
47. ¿Es este miembro de la unidad familiar indígena americano o nativo de Alaska?	☐ Sí <i>En caso afirmativo, complete el apéndice B.</i>	☐ No
48. ¿Es este miembro de la unidad familiar de etnia hispana/latina? (opcional)	☐ Sí	☐ No
49. ¿Cuál es la raza de este miembro de la unidad familiar? (opcional; seleccione todas las opciones que correspondan)	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Hawaiano nativo ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanca ☐ Otra: Asiática ☐ Otra: Islaña del Pacífico ☐ Otra: _____	

Ayuda para pagar la cobertura

Responda la siguiente pregunta para indicar si este **miembro de la unidad familiar** necesita ayuda para pagar la cobertura.

- Si se selecciona "Sí", se evaluará la elegibilidad de este **miembro de la unidad familiar** para recibir subsidios que podrían reducir el costo de su seguro médico y para Georgia Medicaid o PeachCare for Kids®.
- Si selecciona "No", omita la sección "Información de ingresos y empleo actual" a continuación para este **miembro de la unidad familiar**. Este **miembro de la unidad familiar** no será considerado para subsidios ni para Georgia Medicaid o PeachCare for Kids® y estará solicitando un seguro de costo total.

¿Este miembro de la unidad familiar desea ser considerado para recibir asistencia económica para ayudar a pagar la cobertura de salud?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase al cuarto paso.</i>
---	------------------------------------	---

Información actual sobre empleo e ingresos

Proporcione información sobre cualquier ingreso que reciba el **miembro de la unidad familiar**. Omita esta sección si seleccionó "No" como respuesta a la pregunta anterior sobre ser considerado para recibir asistencia económica para ayudar a pagar la cobertura de salud.

Condición de empleo			
☐ Sí, estoy empleado Continúe con "Trabajo actual 1".	☐ Sí, soy autónomo Vaya a la sección "Trabajadores autónomos", debajo de "Trabajo actual 2".	☐ Desempleado Pase a la sección "Otros ingresos", debajo de "Trabajadores autónomos".	
Trabajo actual 1			
1. Nombre del empleador			
2. Dirección del empleador			
3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal	6. Número de teléfono del empleador
7. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$	8. Frecuencia de pago ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Anual	9. Horas promedio trabajadas cada semana	

Trabajo actual 2 (si corresponde)

Si este miembro de la unidad familiar tiene más de dos trabajos actuales, adjunte otra hoja que contenga la información solicitada a continuación para cada trabajo adicional.

1. Nombre del empleador			
2. Dirección del empleador			
3. Ciudad	4. Estado	5. Código postal	6. Número de teléfono del empleador
7. Salarios/Propinas (antes de impuestos) \$	8. Frecuencia de pago ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Anual	9. Horas promedio trabajadas cada semana	
Trabajador autónomo			
1. Tipo de trabajo		2. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá este miembro de la unidad familiar de este trabajo autónomo este mes? \$	

Otros ingresos

Seleccione todas las opciones que correspondan e indique la cantidad y la frecuencia con la que este miembro de la unidad familiar recibe el ingreso. Este miembro de la unidad familiar no necesita declarar ingresos de manutención infantil, pagos de veteranos ni de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

☐ Desempleo	Importe \$	Frecuencia
☐ Pensión alimenticia recibida	Importe \$	Frecuencia
☐ Pensión	Importe \$	Frecuencia
☐ Agricultura/pesca netos	Importe \$	Frecuencia
☐ Seguro Social	Importe \$	Frecuencia
☐ Alquiler/regalías netos	Importe \$	Frecuencia
☐ Cuentas de jubilación	Importe \$	Frecuencia
☐ Becas	Importe \$	Frecuencia
☐ Inversión	Importe \$	Frecuencia
☐ Ganancias capitales	Importe \$	Frecuencia
☐ Otros ingresos (identifique):	Importe \$	Frecuencia

Deducciones:

Seleccione todas las opciones que correspondan. Proporcione el monto y la frecuencia con la que el miembro de la unidad familiar paga la deducción. Aviso: Si hace ciertos pagos que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, incluidos los costos en esta solicitud, puede ocasionar un costo más bajo de cobertura de salud.

☐ Pensión alimenticia pagada <i>(Aviso: Solo incluya este ingreso si el divorcio finalizó antes del 1/1/2019).</i>	Importe \$	Frecuencia
☐ Intereses de préstamos estudiantiles	Importe \$	Frecuencia
☐ Otras Deducciones <i>(identifique):</i>	Importe \$	Frecuencia

Ingresos previstos:

Complete esta pregunta si los ingresos de este miembro de la unidad familiar cambian durante el año, como si solo trabaja en un empleo durante parte del año o recibe un beneficio solo durante ciertos meses.

Su ingreso total este año \$	Su ingreso total estimado el próximo año \$	¿Es difícil prever los ingresos de este miembro de la unidad familiar? ☐ Sí ☐ No
--	---	---

CUARTO PASO: COBERTURA DE SALUD DE LA UNIDAD FAMILIAR

Complete esta sección para proporcionar información sobre la cobertura de salud para los miembros de su unidad familiar. Si el espacio proporcionado no es suficiente, haga copias adicionales de este paso y adjúntelas.

Cobertura de salud de la unidad familiar		
1. ¿Se encontró que alguna persona en esta solicitud no era elegible para Medicaid o PeachCare for Kids® en los últimos 90 días naturales? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y las fechas en que se determinó que no eran elegibles:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
2. ¿Se encontró que alguna persona en esta solicitud no era elegible para Medicaid o PeachCare for Kids® debido a su condición migratoria en los últimos cinco años? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y las fechas en que se determinó que no eran elegibles:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	

Cobertura de salud de la unidad familiar		
3. ¿Alguna persona en esta solicitud solicitó cobertura durante el periodo de inscripción abierta más reciente o después de un evento de vida calificado (QLE)? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y las fechas en que presentaron la solicitud:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
4. ¿A alguna persona incluida en esta solicitud se le ofrece cobertura de salud mediante un empleo? <i>Seleccione "Sí" incluso si la cobertura proviene del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge, incluso si no se acepta la cobertura. Seleccione "No" si la única cobertura ofrecida es a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).</i>	☐ Sí <i>En caso afirmativo, complete el apéndice A.</i>	☐ No
5. ¿A alguna persona incluida en esta solicitud se le ofrece un Acuerdo de Reembolso de Salud de Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo de Reembolso de Salud para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)?	☐ Sí	☐ No
6. ¿A alguna persona incluida en esta solicitud se le ofrece cobertura de salud en este momento?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase al quinto paso.</i>

Información sobre la cobertura de salud actual

Si más de dos **miembros de la unidad familiar** tienen cobertura de salud ahora, haga copias adicionales del cuestionario a continuación, complete una para cada **miembro adicional de la unidad familiar** y adjunte.

Miembro de la unidad familiar 1			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Tipo de cobertura (seleccione una)		☐ Seguro del empleador <i>(si se selecciona, responda la pregunta 6 a continuación)</i> ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ PeachCare for Kids® ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programa de atención médica de VA ☐ Beneficios de salud para jubilados ☐ Cuerpo de Paz ☐ Otra: _____ <i>(si se selecciona, responda las preguntas 7 y 8 a continuación)</i>	
6. Si seleccionó "Seguro del empleador" arriba, escriba el nombre de la compañía de seguro médico y el número de póliza/identificación a continuación <i>(también deberá completar el apéndice A):</i>			
Nombre de la compañía de seguro médico:		Número de póliza/identificación:	
7. Si seleccionó "Otra" arriba, escriba el nombre de la compañía de seguro médico y el número de póliza/identificación a continuación:			
Nombre de la compañía de seguro médico:		Número de póliza/identificación:	
8. Si se seleccionó "Otra" arriba, ¿es este un plan de beneficios limitados, como una póliza contra accidentes escolares?		☐ Sí	☐ No

Miembro de la unidad familiar 2			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Tipo de cobertura (seleccione una)		☐ Seguro del empleador <i>(si se selecciona, responda la pregunta 6 a continuación)</i> ☐ COBRA ☐ Medicaid ☐ PeachCare for Kids® ☐ Medicare ☐ TRICARE ☐ Programa de atención médica de VA ☐ Beneficios de salud para jubilados ☐ Cuerpo de Paz ☐ Otra: _____ <i>(si se selecciona, responda las preguntas 7 y 8 a continuación)</i>	
6. Si seleccionó "Seguro del empleador" arriba, escriba el nombre de la compañía de seguro médico y el número de póliza/identificación a continuación (también deberá completar el apéndice A):			
Nombre de la compañía de seguro médico:		Número de póliza/identificación:	
7. Si seleccionó "Otra" arriba, escriba el nombre de la compañía de seguro médico y el número de póliza/identificación a continuación:			
Nombre de la compañía de seguro médico:		Número de póliza/identificación:	
8. Si se seleccionó "Otra" arriba, ¿es este un plan de beneficios limitados, como una póliza contra accidentes escolares?		☐ Sí	☐ No

QUINTO PASO: ACUERDO Y FIRMA

Revise las condiciones de Georgia Access y firme su solicitud.

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura en los próximos años, acepto que Georgia Access utilice mis datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos federales, durante los próximos cinco (5) años. Georgia Access me enviará un aviso y me permitirá realizar cambios. Puedo darme de baja en cualquier momento.		
1. ¿Está de acuerdo en permitir que Georgia Access utilice datos de ingresos, incluida información de declaraciones de impuestos, durante los próximos cinco años?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, responda la pregunta 2 a continuación.</i>
2. Si seleccionó "No" en la pregunta 1 y no acepta permitir que Georgia Access use estos datos de ingresos durante los próximos cinco años, seleccione el periodo en el que prefiere que Georgia Access actualice automáticamente su información para las renovaciones de elegibilidad:	☐ Cinco años ☐ Cuatro años ☐ Tres años ☐ Dos años ☐ Un año ☐ No utilizar mis datos fiscales para renovar mi elegibilidad a fin de recibir ayuda para pagar la cobertura de salud (seleccionar esta opción puede afectar su capacidad para obtener ayuda para pagar la cobertura en el momento de la renovación).	

Con mi firma a continuación, entiendo que si alguna persona en mi solicitud está inscrita en la cobertura de Georgia Access y luego se determina que tiene otra cobertura de salud calificada (como Medicare, Medicaid o PeachCare for Kids®), Georgia Access finalizará su plan de cobertura de forma automática. Esto garantizará que cualquier persona que tenga otra cobertura calificada no permanezca inscrita en la cobertura de Georgia Access, y deberá pagar el costo total.

Con mi firma a continuación, otorgo mi consentimiento para que mi información se comparta con Georgia Medicaid con el fin de tomar una determinación de elegibilidad para Georgia Medicaid o PeachCare for Kids® si mi solicitud cumple con criterios específicos para ser posiblemente elegible o si de otro modo solicitara una determinación a Georgia Medicaid o PeachCare for Kids® de forma directa.

Con mi firma a continuación, entiendo que si alguna persona en esta solicitud se inscribe en Medicaid, le doy a Georgia Medicaid el derecho de solicitar dinero a otros seguros médicos, mediante acuerdos legales o de otros terceros y a recibir dinero de estos. También le doy a Georgia Medicaid el derecho de solicitar apoyo médico a un cónyuge, tutor, tutor legal o madre/padre y obtenerlo de estas personas.

Con mi firma a continuación, reconozco que, si alguno de los padres de un niño en esta solicitud vive fuera del hogar, sé que me pedirán que coopere con la agencia que recauda manutención médica del padre/madre ausente. Si considero que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo informárselo a la agencia y es posible que no tenga que cooperar.

Con mi firma a continuación, entiendo que cualquier ayuda económica que reciba del Gobierno federal a través de créditos tributarios de prima anticipados (APTC) está relacionada con mis impuestos. Entiendo que puedo deber impuestos o recibir más créditos tributarios, si mis ingresos del año son diferentes de los que calculé. Acepto declarar los impuestos federales (conjuntamente si estoy casado) y declarar el importe de los créditos tributarios de prima anticipados recibidos en mi declaración de impuestos de cualquier año en que reciba ayuda económica federal para reducir los costos de las primas.*

** Esto se aplica solo para personas que reciben ayuda económica.*

Con mi firma a continuación, entiendo que debo notificar a Georgia Access dentro de los 30 días naturales si cambiara la información que mencioné en esta solicitud. Sé que puedo realizar cambios en mi solicitud de Georgia Access llamando al centro de atención de Georgia Access al 1-888-687-1503 (TTY: 711). Sé que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad o la de los miembros de mi unidad familiar.

Al firmar a continuación, indico que entiendo que puedo tener la posibilidad de registrarme para votar o de actualizar mi registro de votante visitando <https://mvp.sos.ga.gov/s/olvr-home>.

Georgia Access no recopila información sobre el registro de votantes. El estado de registro de votante de ninguna manera afecta la disponibilidad o la cantidad de asistencia o servicios que recibe de Georgia Access.

Con mi firma a continuación, declaro bajo pena de perjurio, las leyes de Georgia y las leyes de los Estados Unidos de América que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo y reconozco que estaré sujeto a sanciones según las leyes estatales y federales si, a sabiendas o intencionalmente, proporciono información falsa como soporte de esta solicitud.

Entiendo que bajo las ley estatales y federales, no está permitida la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, sexo, edad, orientación o identidad sexual o discapacidad. Puedo presentar una denuncia por discriminación en <https://oci.georgia.gov/file-consumer-insurance-complaint>.

Firma del punto de contacto principal	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)



APÉNDICE A: COBERTURA DE SALUD DE EMPLEOS

Complete este apéndice solo si alguna persona en su unidad familiar es elegible para recibir cobertura de salud a través de un trabajo, incluso si no acepta la cobertura. Tampoco es necesario que responda estas preguntas si la única cobertura que se ofrece a alguna persona es COBRA. Si más de un trabajo ofrece cobertura, haga una copia de esta página por cada trabajo y adjúntelas.

Infórmenos sobre los miembros de la unidad familiar que sean elegibles para recibir cobertura de atención médica de un trabajo.

Empleado			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. SSN ____-____-____			
Información de contacto del empleador <i>Ingrese la información de la persona o del departamento que administra los beneficios de los empleados. Podríamos comunicarnos con ellos si necesitamos más información.</i>			
6. Nombre	7. Número de identificación del empleador (EIN)	8. Número de teléfono	
9. Persona o departamento que administra los beneficios de los empleados			
10. Dirección del empleador			
11. Ciudad	12. Estado	13. Código postal	
14. Número de teléfono principal del empleador		15. Correo electrónico del empleador	
16. ¿Este empleador le ofrece al empleado cobertura de salud ? <i>Seleccione "Sí" únicamente si el empleado tendrá una oferta de cobertura a partir del primer día del mes siguiente, o a partir del 1 de enero si presenta la solicitud durante la inscripción abierta.</i>		☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, no responda el resto de las preguntas del apéndice A.</i>

Información de contacto del empleador		
17. ¿Ofrece el empleador un plan de seguro médico que cubra a su cónyuge o a sus dependientes? <i>En caso afirmativo, seleccione cuál corresponde de la lista a continuación y enumere los nombres de todas las personas en la unidad familiar del empleado que sean elegibles para la cobertura de este trabajo.</i> ☐ Cónyuge ☐ Dependientes	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		
18. ¿Ofrece el empleador un plan de seguro médico que cumpla con la norma de valor mínimo**?	☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, no responda el resto de las preguntas del apéndice A.</i>
19. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo ofrecido solo al empleado que cumple con la norma de valor mínimo? No incluye planes familiares.		
Importe \$	Frecuencia	

** Un plan de seguro médico cumple con la norma de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen con la norma de valor mínimo.

APÉNDICE B: MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR INDÍGENAS AMERICANOS O NATIVOS DE ALASKA (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su unidad familiar es indígena americano o nativo de Alaska y está solicitando cobertura. Si tiene más personas para incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

Infórmenos sobre los miembros de su unidad familiar que son indígenas americanos o nativos de Alaska.

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas (IHS), programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos. Es posible que tampoco tengan que pagar costos compartidos y pueden tener periodos de inscripción mensuales especiales. Responda las preguntas a continuación para asegurarse de que su unidad familiar reciba la mayor ayuda posible.

Miembros de la unidad familiar AI/AN			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. ¿Es miembro de una tribu reconocida a nivel federal? <i>En caso afirmativo, indique a continuación el nombre de la tribu y el estado donde esta se encuentra:</i>		☐ Sí	☐ No
Tribu:			
Estado:			
6. ¿Esta persona alguna vez recibió un servicio del IHS, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o mediante una derivación de alguno de estos programas?		☐ Sí <i>En caso afirmativo, pase a la pregunta 8.</i>	☐ No
7. ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del IHS, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos, o mediante una derivación de uno de estos programas?		☐ Sí	☐ No

Miembros de la unidad familiar AI/AN		
8. Es posible que cierto dinero recibido no se tome en cuenta para Medicaid o PeachCare for Kids®. Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) que haya declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: • Pagos per cápita de la tribu procedentes de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías. • Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, rentas o regalías de tierras designadas como tierras indias por el Desarrollo del Interior (incluidas las reservas y antiguas reservas). • Dinero procedente de la venta de objetos con significado cultural.		
☐ Desempleo	Importe \$	Frecuencia
☐ Pensión alimenticia recibida	Importe \$	Frecuencia
☐ Pensión	Importe \$	Frecuencia
☐ Agricultura/pesca netos	Importe \$	Frecuencia
☐ Seguro Social	Importe \$	Frecuencia
☐ Alquiler/regalías netos	Importe \$	Frecuencia
☐ Cuentas de jubilación	Importe \$	Frecuencia
☐ Becas	Importe \$	Frecuencia
☐ Inversión	Importe \$	Frecuencia
☐ Ganancias capitales	Importe \$	Frecuencia

Miembros de la unidad familiar AI/AN		
☐ Otros ingresos (<i>identifique</i>):	Importe \$	Frecuencia

APÉNDICE C: AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD

Complete este apéndice si recibe ayuda de otra persona para completar su solicitud. Tanto usted como la persona que le ayuda deben completar este apéndice.

Puede elegir un representante autorizado para que le ayude con la solicitud.

Esta persona puede ser un amigo, un familiar o alguien en quien confíe. Tenga en cuenta que el nombramiento de un asesor certificado o de un asesor certificado de solicitudes (CAC) les prohíbe actuar en calidad oficial de asistente.

Su representante autorizado puede actuar en su nombre en todos los temas relacionados con su solicitud y consultas sobre su cobertura de salud, incluida la obtención de información sobre la solicitud y la firma de esta en su nombre. Todas las comunicaciones sobre su solicitud se enviarán a su representante autorizado, no a usted. Si alguna vez necesita cambiar o eliminar a su representante autorizado, comuníquese con el centro de atención de Georgia Access llamando al 1-888-687-1503. Seleccione una opción de las siguientes:

- ☐ **No**, no voy a nombrar a un representante autorizado.
- ☐ **Sí**, estoy nombrando a un representante autorizado.

Si seleccionó "Sí", facilite la siguiente información.

Información del representante autorizado			
1. Nombre	2. Segundo nombre (si corresponde)	3. Apellido	4. Sufijo
5. Número de teléfono principal		6. Correo electrónico	
7. Dirección postal		8. Dirección 2 (si corresponde)	
9. Ciudad	10. Estado	11. Código postal	
12. Nombre de la organización (si corresponde)		13. Número de identificación (si corresponde)	
Solo para agentes certificados de Georgia Access			
1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)		2. Número Nacional de Productor	

Firma del punto de contacto principal	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

APÉNDICE D: ACONTECIMIENTOS DE VIDA

Complete este apéndice si usted o alguna persona en su unidad familiar solicita un periodo especial de inscripción debido a un evento de vida calificado (QLE). Tenga en cuenta que debe completar el resto de esta solicitud junto con esta página. No envíe esta página sola.

Si alguna persona en esta solicitud pasó por ciertos QLE, como perder la cobertura de salud, casarse o tener un bebé, en los últimos 60 días naturales (O BIEN espera que suceda en los próximos 60 días naturales), complete esta página e inclúyala con su solicitud completa y firmada. Ciertos QLE permiten que su cobertura a través de Georgia Access se inicie de inmediato. También le recomendamos que responda estas preguntas si presenta su solicitud fuera del periodo de inscripción abierta.

Estas preguntas son opcionales. Si las circunstancias de su vida no cambiaron, puede dejar las respuestas en blanco. Puede aplicar y, si es elegible, inscribirse en Medicaid y PeachCare for Kids® en cualquier momento del año, incluso si no tuvo ningún evento en su vida. Los miembros de tribus reconocidas a nivel federal y los socios nativos de Alaska pueden inscribirse en la cobertura a través de Georgia Access en cualquier momento del año.

Infórmenos sobre los cambios en su unidad familiar.

Si su respuesta a cualquiera de las preguntas es "Sí", incluya el nombre de la persona correspondiente, así como los detalles de la fecha de cobertura.

Acontecimientos de vida	
1. ¿Alguna persona perdió cobertura de salud calificada en los últimos 60 días naturales, o alguna persona espera perder cobertura de salud calificada en los próximos 60 días naturales? <i>En caso afirmativo, indique a continuación los nombres de las personas y las fechas en que perdieron la cobertura de salud calificada:</i>	☐ Sí ☐ No
Nombre:	Fecha en que finalizó o finalizará la cobertura (dd/mm/aaaa):
Nombre:	Fecha en que finalizó o finalizará la cobertura (dd/mm/aaaa):
Nombre:	Fecha en que finalizó o finalizará la cobertura (dd/mm/aaaa):
Nombre:	Fecha en que finalizó o finalizará la cobertura (dd/mm/aaaa):

Acontecimientos de vida			
2. ¿Alguna persona se casó en los últimos 60 días naturales? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y las fechas en que se casaron:</i>		☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 3.</i>
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
a. ¿Alguna de estas personas tuvo cobertura de salud calificada en algún momento durante los últimos 60 días naturales? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas que tenían cobertura de salud calificada:</i>		☐ Sí	☐ No
Nombre:			
Nombre:			
Nombre:			
Nombre:			

Acontecimientos de vida			
3. ¿Alguna persona fue liberada de su encarcelamiento (detención o prisión) en los últimos 60 días naturales? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y la fecha en que se la liberó:</i>		☐ Sí	☐ No
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		
4. ¿Alguna persona obtuvo la condición migratoria elegible en los últimos 60 días? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y las fechas en que se determinó que eran elegibles:</i>		☐ Sí	☐ No
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		
Nombre:	Fecha (dd/mm/aaaa):		

Acontecimiento de vida			
5. ¿Alguna persona fue adoptada, colocada en adopción o colocada en cuidado de crianza en los últimos 60 días? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y la fecha en que fueron adoptadas, colocadas en adopción o bajo cuidado de crianza:</i>		☐ Sí	☐ No
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
6. ¿Alguna persona se convirtió en dependiente debido a una orden de manutención infantil u otra orden judicial en los últimos 60 días naturales? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y la fecha en que se convirtieron en dependientes:</i>		☐ Sí	☐ No
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	

Acontecimientos de vida			
7. ¿Alguna persona se mudó durante los últimos 60 días naturales? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas y la fecha en que se mudaron:</i>		☐ Sí	☐ No <i>En caso negativo, pase a la pregunta 6.</i>
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
Nombre:		Fecha (dd/mm/aaaa):	
a. ¿Cuál es el código postal de la dirección anterior?		☐ Seleccione aquí si la mudanza fue desde un país extranjero o de un territorio de los EE. UU.	
b. ¿Alguna de estas personas tuvo cobertura de salud calificada en algún momento durante los últimos 60 días naturales? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas:</i>		☐ Sí	☐ No
Nombre:			
Nombre:			
Nombre:			
Nombre:			

Acontecimientos de vida		
8. ¿Alguna persona se volvió recientemente elegible para un acuerdo de reembolso de salud del empleador? ¿Un Acuerdo de Reembolso de Salud de Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo de Reembolso de Salud de Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)? <i>En caso afirmativo, escriba a continuación los nombres de las personas:</i>	☐ Sí	☐ No
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		
Nombre:		