

Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos



Use esta solicitud para saber las opciones de cobertura para las que califica

- Planes de seguros de salud privados disponibles que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano
- Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de sus primas para la cobertura de salud
- Seguro sin costo o a un costo bajo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Es posible que califique para un programa sin costo o a un costo bajo aún si gana tanto como \$94,000 al año (para una familia de 4).



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o sin costo.
- Si es soltero, usted puede usar un formulario corto. Visite DCHealthLink.com.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, podría necesitar completar el Apéndice C.



Solicite más rápidamente por Internet

Solicite más rápidamente en línea en DCHealthLink.com.



Qué es lo que pudiera necesitar para la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico por su trabajo disponible para su familia



¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso y lo demás para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Confidencialidad, visite DCHealthLink.com o vea las instrucciones.



¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 7. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y presente su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras, visite DCHealthLink.com o llame al **1-855-532-5465**. El llenar esta solicitud no significa que tenga que comprar la cobertura de salud.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** DCHealthLink.com
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al cliente gratis a **1-855-532-5465**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarle. Visite nuestra página web o llame al **1-855-532-5465** para información adicional.

LO QUE DEBE SABER



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-532-5465**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-532-5465**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **711**

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado [][]	6. Código Postal [][][][][]	7. División (Opcional)
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado [][]	12. Código Postal [][][][][]	13. Condado
14. Número de teléfono ([][][]) [][][] - [][][][]		15. Otro número de teléfono ([][][]) [][][] - [][][][]	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)			

PASO 2 Díganos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos quiénes son todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara los impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar los impuestos para obtener una cobertura de salud).

Incluya:

- A usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted, luego incluir los otros adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-532-5465**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-532-5465**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **711**

PASO 2: PERSONA 1 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 28.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre del patrón _____

a. Dirección del patrón _____

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	19. Número de teléfono del patrón
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(<input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

20. Salarios/propinas (antes de impuestos)	21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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

22. Nombre del patrón _____

a. Dirección del patrón _____

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	23. Número de teléfono del patrón
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(<input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

24. Salarios/propinas (antes de impuestos)	25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

26. **En el último año, usted:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

27. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.) \$

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

30. **INGRESO ANUAL:** Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente. ➔

Su ingreso total este año	Su ingreso total el próximo año (si considera que será diferente)
\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

¡GRACIAS!
Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-532-5465**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-532-5465**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **711**

PASO 2: PERSONA 2

Si tiene más de dos personas para incluir, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Cuál es la relación con usted?		3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
5. Número de Seguro Social (SSN) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.	

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? Sí No
Si no, indique la dirección: _____

7. **¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
 (Usted puede solicitar el seguro de gastos médicos aún si la segunda persona no presenta una declaración del impuesto federal.)

SÍ. Por favor responda a las preguntas a-c. **NO.** Vaya a la pregunta c.


a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Si. Nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si. Indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si. Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____
 ¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está la PERSONA 2 embarazada? Sí No a. **Si.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo?

9. **¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?**
 (Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Conteste todas las preguntas de abajo. **NO.** PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5. 

10. ¿Tiene la PERSONA 2 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos? Sí No

11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus de inmigración elegible? (Vea las instrucciones).**

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración _____

b. Número de ID del documento

c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996? Sí No

d. ¿Es la PERSONA 2, o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

13. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Vive la PERSONA 2 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo tutela temporal a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:

16. ¿Tuvo la PERSONA 2 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No

a. **Si sí,** fecha de terminación: _____ b. Motivo por el cual se terminó el seguro: _____

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

18. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

19. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
			<input type="checkbox"/> Otro _____	

Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en la parte de atrás. 

 **¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite DCHealthLink.com o llámenos al **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-532-5465**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-532-5465**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **711**

PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 30.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre del patrón _____

a. Dirección del patrón _____

b. Ciudad	c. Estado [][]	d. Código postal [][][][][]	21. Número de teléfono del patrón ([][][]) [][][] - [][][][]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ [][][]	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [][][]
--	--	--

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

24. Nombre del patrón _____

a. Dirección del patrón _____

b. Ciudad	c. Estado [][]	d. Código postal [][][][][]	25. Número de teléfono del patrón ([][][]) [][][] - [][][][]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ [][][]	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [][][]
--	--	--

28. **En el último año, la PERSONA 2:** Cambió de trabajos Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Ninguno de estos

29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.) \$ [][][][][][]

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

NOTA: No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 2, pase a la persona siguiente. ➔

Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$ [][][][][][]	Ingreso total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ [][][][][][]
---	--

¡GRACIAS!
Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al 1-855-532-5465. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-532-5465. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al 1-855-532-5465, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711

PASO 3 Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

- NO.** Vaya al Paso 4.
 SÍ. Vaya al Apéndice B.

PASO 4 Su Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de salud?

- SÍ.** Verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen. **NO.**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Seguro por el patrón _____ |
| <input type="checkbox"/> CHIP _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____ | Número de la póliza: _____ |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber) | ¿Es esta una cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| _____ | ¿Es un plan de salud para retirados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Programas de atención de la salud VA | <input type="checkbox"/> Otro |
| _____ | Nombre del seguro de salud: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz | Número de la póliza: _____ |
| _____ | ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

2. ¿Hay alguna persona indicada en esta solicitud que se le ofreció una cobertura médica de un trabajo?

Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, como es el padre o cónyuge.

- SÍ.** Tendrá que completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados? Sí No
 NO. Vaya al Paso 5.

PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros Médicos si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar DCHealthLink.com o llamar al **1-855-532-5465** para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para un miembro(s) de mi casa.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que la información de esta solicitud solamente se utilizará para determinar mi elegibilidad para un seguro médico y que será confidencial tal y como lo estipula la ley.
- Confirmando que ninguna persona solicitando el seguro médico en esta solicitud ha estado encarcelada (detenida o en prisión). Si no, _____ está encarcelado(a).
(nombre de la persona)

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda en el pago de la cobertura médica si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe evidencia.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-532-5465**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-532-5465**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **711**.

PASO 5 (Continuación)

Renovación de la cobertura en años próximos

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la ayuda de pago de la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de la declaración de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, dejándome hacer cualquier cambio y tengo la opción de exclusión en cualquier momento.

Sí, renueva mi elegibilidad en forma automática para los próximos

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

4 años 3 años 2 años 1 año

No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Si cualquiera en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica u otros terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de casa? Sí No
- Si sí, yo sé que me pedirán cooperar con la agencia que recauda los pagos de ayuda médica de un padre ausente. Si considero que el cooperar para recaudar los pagos de ayuda médica me causará daño a mí o a mi hijo, yo puedo decirle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

¿Qué puedo hacer si me dicen que no soy elegible y creo que están equivocados?

En la mayoría de los casos puede apelar la decisión. Busque en el aviso de elegibilidad las instrucciones para apelar para cada persona de su hogar y los plazos. Tenga en cuenta:

- Si lo desea puede pedirle a alguien que apele o participe en su apelación. Dicha persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otro. O puede apelar por usted mismo.
- Si usted presenta el recurso de apelación podría mantener su elegibilidad hasta que se decida sobre su apelación.
- El resultado de su apelación podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del hogar.

Para apelar los resultados de su elegibilidad, ingrese a su cuenta del mercado de seguro en DCHealthLink.com o llame al **1-855-532-5465**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. También puede mandar el formulario de apelación o una carta a **Office of Administrative Review & Appeals; 64 New York Ave. NE, 5th floor; Washington DC 20002**. Usted puede apelar una decisión sobre elegibilidad, periodo de inscripción, crédito fiscal, reducciones a los costos compartidos, Medicaid a través del Mercado de seguros. Si es elegible para una reducción de los costos compartidos o para el crédito fiscal, puede apelar el monto. Según el estado en el que reside, tal vez pueda hacerlo a través de Mercado de seguros o de la agencia estatal encargada de Medicaid.

Firme esta solicitud. La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

PASO 6 Envíe por correo su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a:

DC Health Link
Department of Human Services
Case Records Management Unit
P.O. Box 91560
Washington DC 20090

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

Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-532-5465**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-532-5465**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **711**

Cobertura de Salud de Trabajos

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

Lleve la Solicitud de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

Información del empleado

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado [][][] - [][] - [][][][][]
--	---

Información del empleador

3. Nombre del patrón	4. Número de Identificación Patronal (EIN) [][] - [][][][][][][]	
5. Dirección del patrón	6. Número de teléfono del patrón ([][][]) [][][] - [][][][][]	
7. Ciudad	8. Estado [][]	9. Código Postal [][][][][][]
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ([][][]) [][][] - [][][][][]	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este patrón, o será elegible en los próximos 3 meses?**

Sí (Continuar)

13a. **Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? (mm/dd/aaaa)**
[][] / [][] / [][][][]

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el patrón un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el patrón tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [][][][][][]

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

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

El patrón no ofrecerá cobertura de salud

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

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [][][][][][]

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes
 Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [][] / [][] / [][][][]

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



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al **1-855-532-5465**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-855-532-5465**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-855-532-5465**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **711**.

SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Formulario Aprobado
OMB No. 0938-1191

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del DC Health Link. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A. **Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.**



Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre (Primer, Segundo y Apellido)	2. Número de Seguro Social [][][] - [][] - [][][][]
--	---



Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

3. Nombre	4. Número de Identificación (EIN) [][] - [][][][][][][][]	
5. Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará las notificaciones a esta dirección)	6. Teléfono ([][][]) [][][] - [][][][]	
7. Ciudad	8. Estado [][]	9. Código Postal [][][][][][]
10. ¿Con quién podemos hablar en esta empresa, sobre la cobertura médica para los empleados?		
11. Teléfono (si es diferente al de arriba) ([][][]) [][][] - [][][][]	12. Dirección de correo electrónico	

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

Sí (Vaya a la pregunta 13a.)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, entre otros motivos por estar en un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?
_____ (mm/dd/aaaa) (Vaya a la siguiente pregunta)

No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

- Sí. ¿A quién cubre? Esposo/a Dependiente(s)
- NO

(Vaya a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo*?

Sí. (Vaya a la pregunta 15) No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo* ofrecido **solamente al empleador** (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuánto es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ [][][][][][]

b. ¿Cuándo la paga? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual (Continúe)

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE y devuélvale el formulario al empleado.

16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año?

El empleador no ofrecerá un seguro médico

El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$ [][][][][][]

b. ¿Cuándo la paga? Semanal Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestral Anual

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [][] / [][] / [][][][]

*Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite DCHealthLink.com o llámenos al 1-855-532-5465. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-855-532-5465. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al 1-855-532-5465, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711.

Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para Indios, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Indios. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales mensuales para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2
1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	Primer nombre Segundo nombre	Primer nombre Segundo nombre
	Apellido	Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías • Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) • Dinero de la venta de cosas que tienen una significancia cultural 	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? _____	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? _____



Asistencia para Completar esta Solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al DC Health Link. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



SOLICITAR EL REGISTRO O EN DECLIVE PARA REGISTRARSE PARA VOTAR NO AFECTARÁ LA CANTIDAD DE ASISTENCIA QUE SE LE PROPORCIONARÁ POR DC HEALTH LINK.



Formulario de Registro para Votar

Distrito de Columbia
Junta de Elecciones

Utilice este formulario para registrarse para votar en el Distrito de Columbia, para hacernos saber si su nombre o dirección han cambiado, registrarse con un partido político o cambiarse de partido.

- Para poder registrarse para votar en el Distrito de Columbia Ud. debe:**
- Ser ciudadano de los EE.UU.
 - Ser residente del Distrito de Columbia
 - No haber declarado su voto en otro lugar fuera del Distrito de Columbia
 - Tener al menos 16 años
 - No estar encarcelado por haber sido condenado por un delito mayor
 - No haber sido encontrado legalmente incompetente por un tribunal

- Para votar en el Distrito de Columbia Ud. debe:**
- Mantener su residencia en el Distrito de Columbia por lo menos 30 días antes de la elección en la que intenta votar
 - Tener al menos 17 años
 - Tener por lo menos 18 años de edad para la elección general

Para votar en la elección primaria debe:
Estar registrado con un partido por lo menos 30 días antes de la elección, al menos que usted se este registrando por primera vez.

Por favor llene toda la información en este formulario. Usted no está oficialmente registrado para votar hasta que la Junta de Elecciones apruebe su aplicación. Si usted no recibe su tarjeta de votación por correo dentro de tres semanas del día que envió su aplicación por correo llame al 202-727-2525. Si usted se está registrando para votar por primera vez en el Distrito de Columbia y a sometido su aplicación por correo o el Día de Elección, puede que sea necesario que presente su identificación en el centro de votación que demuestre su nombre y dirección. Si está mandando su aplicación por correo debe tener el sello del correo postal 30 días antes de la próxima elección. Después de esta fecha, puede registrarse para votar en persona en el 441 4th Street NW, Suite 250 North.

Preguntas? Llame al 202-727-2525 o 866-328-6837 o visite www.dcoee.org. Si tiene una incapacidad auditiva, llame por TDD al 202-639-8916.

VRFM01_13

(Utilice un bolígrafo para llenar el formulario)

1	Marque uno: Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Si a marcado 'no', no continúe llenando el formulario.</small>		2 Hazón por la cual está llenando este formulario <input type="checkbox"/> Nuevo registro <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de partido <input type="checkbox"/> Cambio de nombre		Número de Identificación del Votante	
	1a Marque uno: Le gustaría recibir información para trabajar en las urnas en las próximas elecciones. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Uta de Reg.	Secretario
3	Genero (opcional) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Sufrjo Jr. Sr. II III IV	
4	Dirección donde vive Circulo Uno NE NW SE SW			Numero de Apto.	Código Postal	
5	Dirección Postal (Si es diferente a la pregunta #4)				Código Postal	
6	Fecha de Nacimiento	7 Numero de Teléfono (opcional)	8 Número de la Licencia de Conducir, o los últimos 4 números de su Seguro Social			
9	Registro Partidario - Marque uno <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Verde Estadista de DC <input type="checkbox"/> Partido Libertario <input type="checkbox"/> Ningún Partido (independiente) <input type="checkbox"/> Otro Partido (escriba el nombre) _____		POB FAVOR TOME NOTA: Para votar en una elección primaria en el Distrito de Columbia, Ud. debe registrarse con el partido Demócrata, Republicano, Verde Estadista de DC o el Partido Libertario.		8a <input type="checkbox"/> No se me a asignado un numero de licencia de conducir o un número de Seguro Social. Por favor, asigne un número _____	
10	13 Juramento del Votante - lea y firme debajo. Yo juro o afirmo que: <input type="checkbox"/> Soy ciudadano de EE.UU.; <input type="checkbox"/> Vivo en el Distrito de Columbia en la dirección citada (#4); <input type="checkbox"/> Yo tengo al menos 16 años. No estoy en la cárcel por haber sido condenado por un delito mayor, yo no e sido encontrado legalmente incompetente por un tribunal, y no declare el derecho a votar fuera del Distrito de Columbia. ADVERTENCIA: Si Ud. Firma esta declaración sabiendo que es falsa, puede ser condenado y multado hasta \$10,000 y/o encarcelado por hasta cinco años.					
11	Opcional: Si Ud. tiene una incapacidad que requiere ayuda para votar, por favor indique qué tipo:					
12	Nombre y Dirección del Último Registro					
<small>(Si esta fuera de DC, incluya país y estado)</small>						
					Firma	Fecha

Aviso: La información de registro del votante es pública, con la excepción parcial o en total de su seguro social, fecha de nacimiento, correo electrónico y número de teléfono. Código Oficial de DC § 2-531 es seq. 3 DCMR § 501.

Mande La Aplicacion Por Correo a:

D.C. Board of Elections
One Judiciary Square
441 4th Street, N.W., Suite 250 North
Washington, DC 20001

Instrucciones para ayudarlo a completar la Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

A partir del 1 de octubre de 2013, usted puede solicitar una cobertura de salud a través del nuevo DC Health Link. La cobertura comienza tan pronto como el 1 de enero de 2014. DC Health Link está creado para ayudarlo a encontrar una cobertura de salud adecuada a su presupuesto y satisfaga sus necesidades.

A través de un proceso de solicitud simplificado, usted podrá saber si recibirá ahorros que pueda usar inmediatamente para ayudarlo a pagar por el monto de la prima de una cobertura de salud privada. También podrá saber si califica para una cobertura sin costo o a bajo costo a través de Medicaid.

Para su conveniencia, hay maneras diferentes para hacer la solicitud en DC Health Link. La forma más rápida es hacer la solicitud por Internet en DCHealthLink.com. Si hace la solicitud por Internet, también sabrá inmediatamente para lo que es elegible.

Estas instrucciones incluyen ayuda adicional para algunos de los puntos de la solicitud, pero no para todos.

Antes de comenzar, será bueno que tenga disponible esta información:

- Números de Seguro Social (SSN)
- Los números de los documentos de los inmigrantes elegibles que quieren una cobertura de salud
- Fechas de nacimiento
- Talonarios o comprobantes de pago, formularios W-2 u otra información sobre los ingresos de la familia
- Números de póliza y de miembro para cualquier cobertura médica actual que tenga
- Información sobre cualquier cobertura médica por trabajo que esté disponible para usted o su familia



Get the facts. Get covered.

La solicitud tiene 6 pasos.

Use tinta azul o negra para completar la solicitud.

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Página 1)

Un adulto (18 años o más) deberá completar la información de contacto. Necesitamos esta información para que podamos hacerle un seguimiento si usted tiene alguna pregunta sobre su solicitud y para que podamos decirle para qué planes o programas califica.

PASO 2 Díganos sobre su familia.

(Página 1)

Usted tiene que proveer información sobre todo el que esté en su declaración federal de impuestos y sobre todos los miembros de su familia que vivan con usted, aunque no estén solicitando cobertura médica.

Empiece por usted.

El tamaño y los ingresos de su familia determinan para qué programas usted califica. Lea con detalle la información al final de la página 1 (“¿A quién tiene que incluir en esta solicitud?”) para saber a quiénes tiene que agregar en el Paso 2. La solicitud tiene espacio para un máximo de 2 personas.

Si tiene más de 2 personas en su hogar, haga copias de las páginas 4-5 y complételas por cada persona adicional.

(Página 2)

PERSONA 1 (Empiece por usted)

¿Necesita cobertura médica?

Complete la página completa.

¿No necesita cobertura médica?

Complete los puntos 1-8.

Punto 6

Aunque no tenga pensado presentar una declaración federal de impuestos, de todas maneras puede solicitar una cobertura:

- Si está casado y le interesa recibir un reembolso por la prima, deberá hacer su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge para recibir el reembolso.
- Si a usted lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, escriba los nombres del/de los contribuyente(s).
- Si lo declaran como dependiente, incluya qué relación tiene con ese contribuyente. **Por ejemplo**, si usted es el hijo de ese contribuyente, escriba “hijo”.

(Página 2)

PERSONA 1 (Continuación)

Punto 9

Si usted tiene un problema médico físico, mental o emocional que lo limite de hacer actividades como bañarse, vestirse y hacer las tareas diarias, o si usted vive en una institución médica o asilo de ancianos, responder “sí” no hará que aumenten los costos de su atención médica. Si usted tiene una incapacidad, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.

Punto 11

Si usted no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus inmigratorio elegible para recibir cobertura a través del DC Health Link, marque “sí” y proporcione el tipo de documento que tiene y el/los número(s) de identificación del documento(s) (ver páginas 7–9). Si usted tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos.

Puntos 16–17

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por su sigla en inglés) a comprender mejor y a mejorar la salud y la atención médica de todos los estadounidenses. Proveer esta información no influirá en su elegibilidad para una cobertura médica, sus opciones de plan médico o sus costos en ninguna forma.

(Página 3)

PERSONA 1: Información sobre empleo actual e ingresos

Le hacemos preguntas sobre sus ingresos actuales para ver si usted califica para ayuda para el pago de la cobertura y cuánta ayuda podrá recibir. Incluya cuánto gana en salario y en propinas antes de que le deduzcan los impuestos. No tiene que incluir las cantidades que su empleador le deduce del cheque para cuidado infantil, seguros médicos o planes de retiro que “no están sujetos a impuestos” (a veces llamados “deducciones antes de los impuestos”).

Si trabaja por cuenta propia: Escriba el tipo de trabajo que hace y cuántos ingresos netos recibirá este mes. Ingreso neto significa la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vea la tabla de deducciones a ingresos de trabajadores por cuenta propia en la página 9 de estas instrucciones para que sepa qué es lo que puede deducir de sus ingresos brutos.

Punto 29

Deducciones: Enumere las deducciones que puede hacer en la página principal de su declaración federal de impuestos 1040.

PASO 2

Díganos sobre su familia. (Continuación)

(Página 4)

PERSONA 2

¿La PERSONA 2 necesita cobertura médica?

Complete la página completa.

¿La PERSONA 2 no necesita cobertura médica?

Complete los puntos 1–9.

Punto 2

Use estos parentescos para describir qué relación tiene la PERSONA 2 con usted:

- Esposo/esposa
- Pareja
- Padre/madre
- Padraastro/madrastra
- Pareja del padre/madre
- Hijo/Hija
- Hijastro/hijastra
- Hijo de su pareja
- Hermano/hermano
- Tío/tía
- Sobrino/sobrina
- Primo hermano
- Abuelo/abuela
- Nieto/nieta
- Otro familiar
- Otro que no sea familiar

Punto 7

Usted de todas maneras puede solicitar la cobertura aunque la PERSONA 2 no tenga pensado hacer una declaración federal de impuestos:

- Si la PERSONA 2 está casada y le interesa recibir un reembolso por la prima, la PERSONA 2 deberá hacer su declaración federal de impuestos conjuntamente con su cónyuge para recibir el reembolso.
- Si a la PERSONA 2 lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, escriba los nombres del/de los contribuyente(s).
- Si a la PERSONA 2 lo declaran como dependiente, incluya la relación de él o ella con el/los contribuyente(s). **Por ejemplo**, si la PERSONA 2 es el hijo del contribuyente, escriba “hijo”.

Punto 10

Si la PERSONA 2 tiene un problema médico físico, mental o emocional que la limite de hacer actividades como bañarse, vestirse y hacer las tareas diarias, o si la PERSONA 2 vive en una institución médica o asilo de ancianos, responder “sí” no hará que aumenten los costos de su atención médica. Si la PERSONA 2 tiene una incapacidad, podría calificar para una cobertura sin costo o a bajo costo.

Punto 12

Si la PERSONA 2 no es ciudadano estadounidense, pero tiene un estatus inmigratorio elegible para recibir cobertura a través del Mercado, marque “sí” y proporcione el tipo de documento que tiene y el/los número(s) de identificación del documento(s) (ver páginas 7–9). Si la PERSONA 2 tiene más de uno de estos documentos, escríbalos todos. Punto 12 no necesita ser completado si la PERSONA 2 no solicita la cobertura médica.

Puntos 18–19

Las preguntas sobre origen étnico y raza son opcionales. Esta información ayudará al HHS. Proveer esta información no afectará la elegibilidad de la PERSONA 2 para una cobertura de salud, sus opciones de plan de salud o sus costos en ninguna forma.

(Página 5)

PERSONA 2: Trabajo actual e información de ingresos

Proporcione información sobre los ingresos actuales de la PERSONA 2 para ver si es elegible para recibir ayuda para pagar por la cobertura. Incluya cuánto la PERSONA 2 gana en salario y en propinas antes de que le deduzcan los impuestos. No tiene que incluir las cantidades que el empleador deduce del cheque de la PERSONA 2 para cuidado infantil, seguro médico o planes de retiro que “no están sujetos a impuestos” (a veces llamados “deducciones antes de los impuestos”).

Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia: Escriba el tipo de trabajo que hace la PERSONA 2 y cuántos ingresos netos ingresará este mes. Ingreso neto significa la cantidad que queda después que usted saca los gastos del negocio. Esta cantidad puede ser positiva o negativa. Vea la tabla de deducciones a ingresos de trabajadores por cuenta propia en la página 9 de estas instrucciones para que sepa qué es lo que puede deducir la PERSONA 2 de sus ingresos brutos.

Punto 31

Deducciones: Enumere las deducciones que puede hacer la PERSONA 2 en la página principal de su declaración federal de impuestos 1040.

PASO 3 Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia

(Página 6)

Si alguien de su familia es indio americano o nativo de Alaska, marque “sí”, complete el Apéndice B: Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN), y envíela junto con la solicitud. Hay protecciones especiales disponibles para los miembros de tribus federalmente reconocidas.

PASO 4 La cobertura médica de su familia

(Página 6)

Punto 1

Si alguna de las personas que está solicitando cobertura médica está inscrita actualmente en algún tipo de cobertura médica de las que aparecen en la página 6 de la solicitud, marque el tipo de cobertura, escriba el nombre de la persona al lado de la cobertura que tiene, e incluya cualquier otra información que se solicite.

Punto 2

Si alguien de su familia tiene acceso a una cobertura de salud por el trabajo (ya sea su propio empleo o el de otra persona), marque “sí”, aunque puedan conseguir la cobertura por el trabajo pero no la tengan en estos momentos. Si alguien de su familia puede tener acceso a una cobertura de salud, **deberá** completar el Apéndice A: Cobertura de Salud de Trabajos, y envíela junta con su solicitud. Si no, vaya al Paso 5.

PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

(Páginas 6-7)

Lea las declaraciones en las páginas 6-7 de la solicitud, firme con su nombre y escriba la fecha de hoy. Al firmar, usted está de acuerdo en que toda la información que proporcionó es verdadera y correcta. Si usted o alguna otra persona que está solicitando cobertura de salud en esta solicitud se encuentra preso (detenido o en la cárcel), escriba su nombre en el renglón correspondiente. Si la persona está pendiente de disposición, escriba "pendiente" al lado de su nombre.

Si un representante autorizado lo ayudó a llenar esta solicitud, puede firmar la solicitud por usted, pero deberá completar el Apéndice C: Asistencia para Completar esta Solicitud y envíela junto con su solicitud.

PASO 6 Envíe por correo postal su solicitud completada.

(Página 7)

Envíe la solicitud original firmada por correo postal (y los apéndices, si corresponde) a:

**DC Health Link
Department of Human Services
Case Records Management Unit
P.O. Box 91560
Washington DC 20090**

Cuando envíe su solicitud por correo, cerciórese de usar la cantidad correcta de franqueo. La cantidad del franqueo dependerá del peso de la solicitud, el cual estará basado en el número de páginas que usted haya incluido.

Si usted no tiene toda la información o no puede terminar todos los puntos, envíenos su solicitud de todas maneras. Nos comunicaremos con usted dentro de 1-2 semanas.

Próximos pasos

Usted recibirá información sobre cómo inscribirse en un plan (si es elegible) cuando reciba los resultados sobre su elegibilidad.

Lista de estatus inmigratorios elegibles:

Use esta lista para contestar a las preguntas sobre estatus inmigratorio elegible. Si ve su estatus más abajo, marque el casillero que dice "sí".

- Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta verde)
- Asilado
- Refugiado
- Cubano/haitiano admitido
- Entró a los EE.UU. bajo palabra
- Entrada condicional concedida antes de 1980
- Cónyuge, niño o padre/madre maltratado
- Víctima de tráfico de personas y su cónyuge, hijo, hermano(a) o padre/madre
- Concedida la Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT)
- Persona con un estatus de no inmigrante (incluidos visas de trabajo, visas de estudiante y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau)
- Estatus de Protección Temporal (TPS)
- Diferimiento de Partida Forzada (DED)
- El Estatus de Acción Diferida (Acción Diferida para los Llegados durante la Infancia (DACA) no es un estatus inmigratorio elegible para solicitar la cobertura médica)

• **Solicitante de:**

- Estatus Especial de Inmigrante Juvenil
- Ajuste a estatus de LPR con una petición de visa aprobada
- Visa de víctima de tráfico de personas
- Asilo al que se le ha concedido ya sea permiso de trabajo O que es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de asilo pendiente por al menos 180 días.
- Suspensión de Deportación o Suspensión de Expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con la Convención contra la Tortura (CAT) que o bien se le ha concedido permiso de trabajo O es menor de 14 años y ha tenido una solicitud de suspensión de deportación o suspensión de expulsión, de conformidad con las leyes inmigratorias o de conformidad con CAT por al menos 180 días.

• **Ciertas personas con permiso de trabajo:**

- Solicitantes del registro
- Orden de supervisión
- Solicitante de Cancelación de Expulsión o Suspensión de Deportación
- Solicitante de Legalización de conformidad con IRCA
- Solicitante de Estatus de Protección Temporal (TPS)
- Legalización de conformidad con la Ley LIFE

- Residente legal temporario
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión.
- Miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá
- Residente de Samoa Americana

Estatus inmigratorio y tipos de documentos:

Si usted no es ciudadano pero es elegible, y está solicitando cobertura de salud, enumere sus documentos de inmigración. En la lista siguiente verá algunos tipos comunes de documentos. Si el documento que usted tiene no está en la lista, puede escribir el nombre del documento. Si no está seguro o tiene un estatus elegible, pero no tiene ningún documento, llame al DC Health Link Centro de Ayuda los clientes gratis al **1-855-532-5465**.

SI USTED TIENE:	ESCRIBA LO SIGUIENTE PARA EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
Tarjeta de residente permanente, "Tarjeta verde" (I-551)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero Número de la tarjeta
Permiso de reingreso (I-327)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero
Documento de viaje para refugiado (I-571)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero
Permiso de trabajo (I-766)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero Número de tarjeta Fecha de caducidad Código de la categoría
Visa de inmigrante con lectura electrónica de datos (con nota temporal I-551)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero Número de pasaporte
Sello temporal I-551 (en el pasaporte o 1-94/1-94A)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero
Registro de Entradas/Salidas (I-94/I-94A)	<ul style="list-style-type: none"> Número de I-94
Registro de Entradas/Salidas en el pasaporte extranjero (I-94)	<ul style="list-style-type: none"> Número de I-94 Número de pasaporte Fecha de caducidad País que lo emite
Pasaporte extranjero	<ul style="list-style-type: none"> Número de pasaporte Fecha de caducidad País que lo emite
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Estudiante no Emigrante (I-20)	<ul style="list-style-type: none"> Número de identificación SEVIS
Certificado de Elegibilidad para Estatus de Visitante de Intercambio (DS2019)	<ul style="list-style-type: none"> Número de identificación SEVIS
Notificación (I-797)	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero o un número de I-94
Otro	<ul style="list-style-type: none"> Número de registro de extranjero o un número de I-94 Descripción del tipo o nombre del documento

Para más documentos o estatus de inmigración elegibles, vaya a la página siguiente.

Usted también puede escribir estos documentos o estatus:

- Un documento que indique que se es miembro de una tribu india reconocida federalmente o indio americano nacido en Canadá (**Nota:** Esto se considera como un estatus inmigratorio elegible para Medicaid, pero no para un Plan de Salud Cualificado (QHP en inglés).)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)
- Documento que indique suspensión de la expulsión
- El Departamento de Seguridad Nacional (DHS) le ha concedido una orden administrativa de suspensión de expulsión.
- Certificación de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE.UU.
- Cubano/haitiano admitido
- Residente de Samoa Americana

Para las personas que trabajan por cuenta propia:

Si usted tiene cualquiera de estos gastos, puede substraerlos de su ingreso bruto para obtener la cantidad de sus ingresos netos como trabajador por cuenta propia:

- Gastos de auto y camión (para viajes durante el día de trabajo, no para ir y venir de la casa al trabajo)
- Salario del empleado y beneficios suplementarios
- Interés (incluya los intereses de la hipoteca de la casa pagado a los bancos, etc.)
- Renta o arrendamiento de propiedad para negocios y servicios públicos
- Publicidad
- Reparaciones y mantenimiento
- Impuestos deducibles por ser trabajador por cuenta propia
- Contribuciones a SEP, SIMPLE o plan de retiro calificado como trabajador por cuenta propia
- Seguro de propiedad, seguridad e interrupción de actividades empresariales
- Depreciación
- Servicios legales y profesionales
- Comisiones, impuestos, licencias y cargos
- Contratos laborales
- Ciertos viajes de negocio y comidas
- Costo de seguro médico como trabajador por cuenta propia

Instrucciones para ayudarlo a completar los Apéndices

APÉNDICE A

Cobertura de Salud de Trabajos

Si alguien de su familia tiene una oferta de cobertura médica de un trabajo, aunque sea a través del padre/madre o cónyuge, proporcione información sobre la oferta de cobertura, independientemente de si la persona tiene la cobertura en estos momentos.

Complete una página por cada empleador que ofrece cobertura médica. Este apéndice incluye una Solicitud de Cobertura del Empleador para que se la dé al empleador y este responda preguntas sobre la cobertura que ofrece.

APÉNDICE B

Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Si usted o un miembro de su familia es indio americano o nativo de Alaska, complete el Apéndice B. Le preguntarán a qué tribu pertenece la persona, ingresos y otra información.

APÉNDICE C

Asistencia para completar esta solicitud

- **Consejeros certificados de solicitudes, navegadores, consejeros que atienden en persona y otros asistentes:** Estas son personas u organizaciones profesionales que están capacitados para ayudar a los consumidores que están en busca de opciones para una cobertura médica a través del Mercado, incluyendo ayuda para llenar esta solicitud. Estos servicios son gratis para los consumidores. Usted puede pedirles la certificación que demuestra que están autorizados para hacer este trabajo. Ellos pueden ayudarlo a completar esta sección. El número de identificación es el número de identificación del navegador. Esta identificación alfanumérica (13 letras y números) es única y se le da a cada navegador.
- **Agentes y corredores:** Los agentes y corredores pueden ayudarlo a solicitar ayuda para pagar por la cobertura y a inscribirse en un Plan de Salud Calificado (QHP) a través del Mercado. Pueden hacerle recomendaciones específicas acerca del plan en el que debe inscribirse. También tienen licencia y están regulados por los estados y generalmente reciben pagos y comisiones de las compañías de seguros de salud cuando inscriben a un cliente. Ellos pueden ayudarlo a completar esta sección.

Escriba los dos números de identificación de agentes y corredores:

- **Número de identificación de usuario de FFM:** Es un número de identificación único que crea el agente o corredor cuando se inscribe en el Mercado.
- **Número Nacional de Productor (NPN):** Un número único (de un máximo de 10 dígitos) que se le asigna a cada agente o corredor con licencia. El NPN puede encontrarse fácilmente visitando el sitio de Internet del Productor Nacional de Seguro en www.nipr.com.

Permiso para enviar la información

Al enviar esta solicitud, usted nos dice que tiene permiso de todas las personas cuya información aparece en la solicitud tanto para enviar su información al DC Health Link como para recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.

Política respecto a la Ley de Privacidad

(efectivo el 09/01/2013)

Estamos autorizados a recopilar información en este formulario y cualquier documentación complementaria, incluidos números de seguro social, de conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (Ley pública No. 111-148), según enmendado por la Ley de Conciliación del Seguro Médico y Educación de 2010 (Ley pública No. 111-152) y la Ley del Seguro Social.

Necesitamos la información brindada acerca de usted y de las otras personas mencionadas en este formulario para determinar su elegibilidad para: (1) inscribirse en un plan de salud calificado a través del mercado de seguro médico de DC, (2) programas de accesibilidad de seguros (como Medicaid, pago por adelantado de los reembolsos de la prima, y reducciones por costos compartidos), y (3) certificaciones de exención del requisito de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, verificaremos la información brindada en el formulario, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado y al final le brindaremos su información al plan de salud que usted seleccione para que puedan inscribir en un plan de salud calificado o en un programa de accesibilidad de seguros a las personas que sean elegibles. También usaremos la información ofrecida como parte de la operación en curso del DC Health Link, incluidas actividades como verificar la continuación de la elegibilidad de todos los programas, procesamiento de apelaciones, informar y gestionar los programas de accesibilidad de seguros para personas elegibles, llevar a cabo la supervisión y actividades de control de calidad, combatir el fraude y responder a cualquier inquietud sobre la seguridad o confidencialidad de la información.

Aunque proveer la información que se solicita (incluidos los números de seguro social) es voluntario, no proporcionarla podría retrasar o impedir que obtenga una cobertura médica a través del DC Health Link, el pago por adelantado de los reembolsos de la prima, reducciones por costos compartidos, o una exención del requisito de responsabilidad individual. Si usted no tiene una exención del pago de responsabilidad compartida y no tiene una cobertura de salud calificada durante tres meses o más al año, podría estar sujeto a una penalidad. Si usted no provee información correcta en este formulario, y a sabiendas e intencionalmente proporciona información falsa o fraudulenta, podría estar sujeto a una penalidad y a que se le apliquen otras leyes.

Política respecto a la Ley de Privacidad (continuación)

Para poder verificar y procesar las solicitudes, determinar la elegibilidad y operar el Mercado, necesitaremos compartir determinada información que recibamos fuera de DC Health Link, por ejemplo con:

1. Otras agencia federales, (como el Servicio de Rentas Internas, la Administración del Seguro Social y el Departamento de Seguridad Nacional), agencias del estado (como Medicaid) o agencias del gobierno local. Puede ser que usemos la información que usted nos proporcione en programas de cotejo electrónico con cualquiera de estos grupos para llegar a determinaciones en cuanto a elegibilidad, para verificar la continuidad de la elegibilidad para inscribirse en un plan de salud calificado o en programas federales de beneficios, o para procesar apelaciones de determinaciones en cuanto a elegibilidad;
2. Otras fuentes de verificación, incluidas agencias de reporte de crédito;
3. Los empleadores identificados en las solicitudes para determinación de elegibilidad;
4. Solicitantes/personas inscritas, y representantes autorizados de solicitantes/ personas inscritas;
5. Agentes, corredores y personas que emiten los Planes de Salud Calificados, según corresponda, que están certificados por los CMS y ayudan a los solicitantes/personas inscritas;
6. Contratistas de DC Health Link que están realizando alguna función para el mercado; y
7. Cualquier otra persona o entidad según exija la ley.

Esta declaración contiene el aviso exigido por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a(e)(4)).