

Solicitud de Massachusetts para la cobertura de salud y dental, y ayuda para pagar los costos— Personas adicionales



Contacto principal del Paso 1

PASO 2 Persona ____. Si tiene más de cuatro personas para incluir en esta solicitud, haga una copia de las páginas de información en blanco para el Paso 2 Persona 4 ANTES de completarlo. Cuando está completando las páginas adicionales, por favor no se olvide de informarnos cómo cada persona está relacionada con las demás personas en la solicitud. Necesitamos esta información para determinar la elegibilidad.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

2. Parentesco con la Persona 1	Parentesco con la Persona 2	Parentesco con la Persona 3
Parentesco con la Persona 4	Parentesco con la Persona 5	Parentesco con la Persona 6

¿Vive esta persona con la Persona 1? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, escriba la dirección.

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 4. ¿Qué sexo se le asignó a esta persona al nacer? ☐ Masculino ☐ Femenino
En general, se refiere al sexo que originalmente se indicó en el certificado de nacimiento.

OPCIONAL: Consulte las instrucciones de las Preguntas 5-9, en la Persona 1.

5. ¿Qué opción describe mejor la identidad de género actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.

- ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero u hombre trans ☐ Mujer transgénero o mujer trans
☐ Intergénero, cuirgénero (*gender queer*) o no conforme, no binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
☐ No se detalla la identidad de género. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la orientación sexual actual de esta persona? Seleccione hasta cinco opciones.

- ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Cuir (*queer*), pansexual o cuestionándose
☐ No se detalla la orientación sexual. Por favor, especifique: _____ ☐ No sé ☐ Prefiero no responder.

7. ¿Tiene esta persona ascendencia u origen hispano o latino?

- ☐ Sí, hispano o latino ☐ No, ni hispano ni latino ☐ No sé. ☐ Prefiero no responder.

8. Raza

9. Etnicidad

10. ¿Tiene esta persona un Número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sí ☐ No (opcional si **no** solicita cobertura)
Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona que tenga uno y que solicite cobertura de salud.

Para obtener información importante sobre el SSN y cómo solicitar un SSN, por favor, consulte las instrucciones de la Pregunta 10 en la Persona 1.

Si contestó **Sí**, escriba el número _____ - _____ - _____

Si contestó **No**, marque una de las razones a continuación.

- ☐ Excepción por enfermedad ☐ Solicitado recientemente ☐ Excepción para no ciudadanos ☐ Excepción religiosa

¿Es el nombre indicado en esta solicitud igual al nombre que aparece en la tarjeta del Seguro Social de esta persona? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, ¿qué nombre aparece en la tarjeta del Seguro Social de esta persona? _____

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

11. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC), ¿está de acuerdo esta persona en presentar una declaración de impuestos federales para el año fiscal en que se reciben los créditos? ☐ Sí ☐ No

Consulte las instrucciones de la Pregunta 11 en la Persona 1.

Si contestó **Sí**, por favor, responda las Preguntas a–d. Si contestó **No**, pase a la Pregunta d.

a. ¿Está esta persona casada legalmente? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **No**, pase a la Pregunta 11c.

Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de su cónyuge. _____

b. ¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con un cónyuge para el año fiscal en que esta persona solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el año en que esta persona solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No. Esta persona reclamará una deducción de exención personal en su declaración de impuestos federales para toda persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio de Massachusetts Health Connector y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Escriba los nombres y la fecha de nacimiento de los dependientes.

d. ¿Será esta persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona para el año en que esta persona solicita beneficios? ☐ Sí ☐ No.
Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales, es posible que esto afecte su capacidad de recibir un crédito fiscal para pagar la prima. No conteste Sí a esta pregunta, si esta persona es un niño menor de 21 años que es reclamado por un padre o madre sin custodia. Si contestó Sí, por favor, escriba el nombre del declarante de impuestos.

Fecha de nacimiento del declarante de impuestos _____

¿Qué parentesco tiene esta persona con el declarante de impuestos? _____

¿Está casado el declarante de impuestos, y presenta una declaración conjunta? ☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de su cónyuge. _____

¿A quién más reclama el declarante de impuestos como dependiente? _____

e. ¿Presenta esta persona una declaración de impuestos por separado porque es víctima de abuso doméstico o abandono? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Está esta persona solicitando cobertura de servicios de salud o dental? ☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, responda a todas las preguntas a continuación. Si contestó No, conteste las Preguntas 18 y 19, luego vaya a **Información sobre ingresos.**

13. ¿Es esta persona ciudadano de EE. UU. o ciudadano naturalizado? ☐ Sí ☐ No

Si contestó Sí, ¿es esta persona ciudadano naturalizado o posee ciudadanía derivada o adquirida (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No

Número de extranjero _____ Número de certificado de naturalización o de ciudadanía _____

14. Si esta persona no es ciudadano, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? ☐ Sí ☐ No

Consulte las instrucciones de la Pregunta 14 en la Persona 1.

a. ¿Es esta persona un Residente Permanente Legal (LPR o titular de una tarjeta verde), un Participante Cubano-Haitiano (CHE) con permiso de ingreso o un migrante según el Pacto de Libre Asociación (COFA)? ☐ Sí ☐ No, no estoy seguro/a, o prefiero no responder.

b. ¿Tiene esta persona un documento inmigratorio? ☐ Sí ☐ No

Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) _____ (Para personas maltratadas, escriba la fecha en que se aprobó la petición.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

Fecha de vencimiento del pasaporte o documento (mm/dd/aaaa) _____ País _____

c. ¿Utilizó esta persona el mismo nombre en esta solicitud y para obtener su estado inmigratorio? ☐ Sí ☐ No

Si contestó No, ¿qué nombre usó esta persona?

Primer nombre, segundo nombre, apellidos y sufijo _____

d. ¿Llegó esta persona a EE. UU. después del 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No

e. ¿Es esta persona es un veterano dado de baja con honores o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU., o el cónyuge o hijo de un veterano dado de baja con honores o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

f. **Opcional:** ¿Es esta persona ☐ víctima de tráfico grave; ☐ cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre de una víctima de tráfico; ☐ cónyuge maltratado/a; o ☐ hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado/a?

15. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si aún no tiene una dirección fija, o ha llegado esta persona a Massachusetts con un compromiso de trabajo o buscando empleo? ☐ Sí ☐ No

Si esta persona está visitando Massachusetts por placer personal o para recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder No a esta pregunta.

16. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años, y es esta persona el cuidador principal del niño o los niños?

☐ Sí ☐ No

Nombres y fecha de nacimiento del niño o los niños _____

17. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se prevé que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. ☐ Sí ☐ No
18. ¿Necesita esta persona una acomodación razonable debido a una discapacidad o lesión? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, complete el resto de esta solicitud, incluido el Suplemento C: Acomodación.
19. ¿Está esta persona embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____
20. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? ☐ Sí ☐ No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)
21. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? ☐ Sí ☐ No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)
22. ¿Estuvo esta persona alguna vez en un hogar de crianza? ☐ Sí ☐ No
a. Si contestó **Sí**, ¿en qué estado estuvo esta persona en un hogar de crianza? _____
b. ¿Recibió esta persona atención de salud por medio de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

(Usted podría enviar las pruebas del total de ingresos del hogar junto con esta solicitud.)

23. ¿Tiene esta persona algún ingreso? ☐ Sí ☐ No. Si esta persona no tiene ingresos, pase a la Pregunta 37.

EMPLEO | Si esta persona necesita más espacio, adjunte otra hoja.

- | | |
|--|---------------------------------|
| 24. EMPLEO ACTUAL 1: Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal |
|--|---------------------------------|
25. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual
 (Reste toda deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
 b. Fecha de inicio de los ingresos _____
26. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____
27. ¿Está esta persona empleada por temporada? ☐ Sí ☐ No. Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario? ☐ Ene. ☐ Feb. ☐ Mar. ☐ Abril ☐ Mayo ☐ Junio ☐ Julio ☐ Ago. ☐ Sept. ☐ Oct. ☐ Nov. ☐ Dic.
- | | |
|--|---------------------------------|
| 28. EMPLEO ACTUAL 2: Nombre y dirección del empleador | Núm. de ID del impuesto federal |
|--|---------------------------------|
29. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual
 (Reste toda deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
 b. Fecha de inicio de los ingresos _____
30. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____
31. ¿Está esta persona empleada por temporada? ☐ Sí ☐ No. Si contestó **Sí**, ¿cuáles meses trabaja esta persona en un año calendario? ☐ Ene. ☐ Feb. ☐ Mar. ☐ Abril ☐ Mayo ☐ Junio ☐ Julio ☐ Ago. ☐ Sept. ☐ Oct. ☐ Nov. ☐ Dic.
32. **EMPLEO POR CUENTA PROPIA:** ¿Trabaja esta persona por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No
- a. Si contestó **Sí**, ¿qué tipo de trabajo hace esta persona? _____
- b. En promedio, ¿cuánto ingreso neto (ganancias o pérdidas después de pagar los gastos del negocio) obtendrá esta persona de este empleo por cuenta propia cada mes? \$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida?
- c. ¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana? _____

OTROS INGRESOS

33. Marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad y con qué frecuencia la recibe esta persona. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o sobre la mayoría de los ingresos por indemnizaciones de trabajo (Workers' Compensation).**
- ☐ Beneficios de Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fuente _____
- ☐ Intereses, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

- ☐ Beneficios de veteranos imponible \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Pago de jubilación militar imponible \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Si esta persona recibe pensión alimenticia según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos. \$ _____
- ☐ Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____
- ☐ Ingresos netos por alquiler o regalías \$ _____ /ganancia o \$ _____ /pérdida
¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Ganancias sobre el capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos o pérdidas tendrá esta persona de esta ganancia sobre el capital cada mes? \$ _____ /ganancia o \$ _____ /pérdida
- ☐ Ingresos netos por agricultura, ganadería y pesca \$ _____ /ganancia o \$ _____ /pérdida
¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Ganancias de lotería y de juegos de azar \$ _____ Fecha de vigencia _____
Frecuencia: ☐ Solamente una vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensual ☐ Anual
Los premios que no sean en efectivo no califican para ser considerados ganancias de lotería o de juegos de azar. No incluya las pérdidas en la cantidad.

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

34. ¿Ha recibido o recibirá esta persona ingresos durante este año calendario como un pago único? ☐ Sí ☐ No
Los ejemplos serían recibir la pensión en un pago único o las ganancias de capital solo una vez.
Si contestó Sí: Tipo _____ Cantidad \$ _____ Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____
35. ¿Recibirá esta persona ingresos durante el próximo año calendario como un pago único? ☐ Sí ☐ No
Si contestó Sí: Tipo _____ Cantidad \$ _____ Mes en que se recibe _____ Año en que se recibe _____

DEDUCCIONES

36. ¿Qué deducciones presenta esta persona en su declaración de impuestos?
- Consulte las instrucciones de la Pregunta 36 en la Persona 1.
- ☐ Gastos de educador: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o de funcionarios del gobierno basados en una tarifa: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Deducciones de las cuentas de ahorro de salud: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Gastos de mudanza de los miembros de las Fuerzas Armadas: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Contribuciones a SEP, SIMPLE y los planes calificados para empleos por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Deducción del seguro de salud para empleos por cuenta propia: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Multas por retiro anticipado de ahorros: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Pensión alimenticia pagada según un divorcio, acuerdo de separación u orden judicial cuya sentencia sea definitiva antes del 1 de enero de 2019: Cantidad anual \$ _____
- ☐ Deducción de la Cuenta Personal de Jubilación (IRA, Individual Retirement Account): Cantidad anual \$ _____
- ☐ Deducción de los intereses del préstamo estudiantil (solo los intereses, no incluye el pago total): Cantidad anual \$ _____
- ☐ Ninguno

INGRESO ANUAL

37. ¿Cuál es el ingreso total previsto de esta persona para el año calendario actual?
38. ¿Cuál es el ingreso total previsto de esta persona para el próximo año calendario, si es diferente?

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona. Para obtener copias adicionales de este formulario, el ACA-3-AP, visite www.mass.gov/masshealth y hacer clic en "Apply for MassHealth". En la sección "Applicants 64 Years of Age and Younger and Families", haga clic en Solicitud de cobertura de servicios de salud y dental de Massachusetts y ayuda para pagar los costos—Personas adicionales.

Envíe su solicitud completa a **Health Insurance Processing Center** o Por fax a **(857) 323-8300**.
PO Box 4405
Taunton, MA 02780;