

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 _____

¿Vive esta persona con la Persona 1? Sí No

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

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

4. Género Masculino Femenino

5. **Opcional** ¿Cuál es la raza o etnicidad de esta persona? _____

6. ¿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 6 en la Persona 1.

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

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

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 su tarjeta del seguro social? _____

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

7. 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 la.s instrucciones de la Pregunta 7 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 7c.

Si contestó **Sí**, escriba el nombre y la fecha de nacimiento del 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 cualquier persona nombrada en esta solicitud como dependiente que esté inscrito en la cobertura por medio del Health Connector de Massachusetts y cuya prima para la cobertura se pague en parte o en su totalidad por pagos adelantados. Escriba el(los) nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) dependiente(s). _____

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, esto podría afectar la capacidad de esta persona 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 del 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

8. ¿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 14 y 15, luego vaya a **Información sobre ingresos** en la página 3.

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

Si contestó **Sí**, ¿es esta persona ciudadano naturalizado (no nacido en EE. UU.)? Sí No

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

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

▮ Consulte las instrucciones de la Pregunta 10 en la Persona 1.

a. Si contestó **Sí**, ¿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 debidamente archivada.)

Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____

Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista.

Número de ID del documento _____ Número de extranjero _____

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

b. ¿Utilizó esta persona el mismo nombre en esta solicitud que el usado para obtener su estado inmigratorio? Sí No

Si contestó **No**, ¿qué nombre usó esta persona?

Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo _____

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

d. ¿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

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

11. ¿Vive esta persona con al menos un niño menor de 19 años de edad, y es esta la persona principal que cuida a este niño(s)?

Sí No. Nombre(s) y fecha(s) de nacimiento del(de los) niño(s) _____

12. ¿Vive esta persona en Massachusetts, y o bien planea esta persona residir aquí, incluso si él o ella 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 con el propósito de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

13. ¿Tiene esta persona una lesión, enfermedad o discapacidad (incluida una condición de salud mental discapacitante) que ha durado o se espera que dure por lo menos 12 meses? Si es legalmente ciego, responda **Sí**. Sí No

14. ¿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.

15. ¿Está esta persona embarazada? Sí No

Si contestó **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____ ¿Cuál es la fecha prevista de parto? _____

16. **Opcional** ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? Sí No (Podrían aplicarse requisitos específicos de cobertura.)

17. **Opcional** ¿Es esta persona VIH positivo? Sí No (MassHealth tiene requisitos específicos de cobertura para personas con VIH.)

18. ¿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. ¿Recibía esta persona atención médica 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.)

19. ¿Tiene esta persona algún ingreso? Sí No
Si esta persona no tiene ingresos, pase a la pregunta 32.

20. ¿Son los ingresos de esta persona estables de mes a mes? Sí No
Si contestó **No**, por favor indique el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.) en las preguntas que siguen.

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

21. **EMPLEO ACTUAL 1:** Nombre y dirección del empleador _____ Núm. de ID del impuesto federal _____

22. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____

23. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

24. ¿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.

25. **EMPLEO ACTUAL 2:** Nombre y dirección del empleador _____ Núm. de ID del impuesto federal _____

26. a. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____
 Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Trimestral Anual
(Reste cualquier deducción antes de impuestos, tal como primas de seguros de salud no imponibles.)
b. Fecha de inicio de los ingresos _____

27. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____

28. ¿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.

29. **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

30. Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe. **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 los recibe? _____
- Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
- Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____ Fuente _____
- Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Beneficios de veteranos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____
- Pago de jubilación militar imponible \$ _____ ¿Con qué frecuencia lo recibe? _____
- Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia la recibe? _____
Si esta persona recibe pensión alimenticia proveniente de sentencias de divorcio, acuerdos de separación u órdenes judiciales cuyas sentencias finales sean anteriores al 1 de enero del 2019, escriba aquí la cantidad de dichos pagos.
\$ _____
- Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia los recibe? _____ Tipo _____

- Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes?
\$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida
- Ganancias sobre el capital: En promedio, ¿cuántos ingresos netos obtendrá o cuánto dinero perderá esta persona de esta ganancia sobre el capital cada mes?
\$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida
- Ingresos netos por agricultura, ganadería y pesca: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) obtendrá o cuánto dinero perderá esta persona de este negocio cada mes?
\$ _____/ganancia o \$ _____/pérdida

INGRESOS POR ÚNICA VEZ

31. ¿Ha recibido o recibirá esa 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 _____
32. ¿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

33. Si esta persona paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración de impuestos federales, y nos informa sobre ellas, podría reducir un poco el costo de la cobertura de salud. ¿Qué deducciones presenta él o ella en su declaración de impuestos? Marque todo lo que corresponda. Las deducciones de esta persona deberían ser lo que él o ella presentó en su declaración de impuestos federales en la sección "Ingreso Bruto Ajustado". Por cada deducción que elija, indique la cantidad anual. Usted puede escribir hasta la cantidad máxima de deducción permitida por el IRS.
- 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 \$ _____
- 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: 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 \$ _____
- Matrículas y cuotas por educación superior: Cantidad anual \$ _____
- Ninguno

INGRESO ANUAL

34. ¿Cuál es el ingreso total esperado de esta persona para el año calendario actual?

35. ¿Cuál es el ingreso total esperado 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;