

# 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 a 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.

- 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 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 de Massachusetts Health Connector 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

---

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** en la página 3.

---

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. 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 \_\_\_\_\_

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 y para obtener su estado inmigratorio?  Sí  No

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

Primer nombre, segundo nombre, apellidos y sufijo \_\_\_\_\_

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

d. ¿Es esta persona 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, o  hijo/a o padre/madre de un cónyuge maltratado?

---

15. ¿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)

---

16. ¿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 con el propósito de recibir atención médica en un entorno que no sea un centro de enfermería, usted debe responder **No** a esta pregunta.

---

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. ¿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.)

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 cualquier 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 cualquier 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 y proporcione 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 imponibles \$ \_\_\_\_\_ ¿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: \$ \_\_\_\_\_ /**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](http://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;**