

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.

Complete el Paso 2 por cada persona adicional en su hogar que vive con usted, y para cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si usted la presenta. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, no se olvide de agregar también a los miembros de su hogar que vivan con usted.

1. 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. Necesitamos un Número del Seguro Social (SSN) por cada persona que está solicitando cobertura de salud, si es que lo tiene. Un SSN es opcional para las personas que no estén solicitando cobertura de salud, pero si nos proporciona un SSN el proceso de solicitud podría ser más rápido. Usamos los SSN para verificar ingresos y obtener otra información para determinar quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778), o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Para obtener más información, por favor consulte el Folleto para el afiliado.

¿Tiene esta persona un Número de Seguro Social (SSN)? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **sí**, escriba el número (Opcional, si **no** está solicitando) ____ - ____ - ____

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

☐ Recién solicitado ☐ Excepción para no ciudadanos ☐ Excepción religiosa

6. Si esta persona obtiene un Crédito Fiscal Anticipado por el Pago de Primas (APTC) para el 2017, ¿está de acuerdo esta persona en hacer una declaración de impuestos federales para el año fiscal 2017? ☐ Sí ☐ No

Es probable que él o ella no haya necesitado o haya elegido no hacer una declaración de impuestos en el pasado, pero esta persona deberá hacer una declaración de impuestos federales para cualquier año que obtenga un APTC. Debe marcar "Sí" para ser elegible para ConnectorCare o los APTC para ayudar a pagar por el seguro de salud de esta persona. Esta persona NO necesita hacer una declaración de impuestos para obtener MassHealth, CMSP o el HSN, si él o ella califica.

Si contestó **sí**, por favor responda las preguntas a–d. Si contestó **no**, pase a la pregunta d.

Esta persona debe presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017 con el fin de obtener ciertos programas a menos que él o ella sea víctima de abuso doméstico o abandono. Si esta persona es víctima de abuso doméstico o es un cónyuge abandonado, esta persona debe responder "No" a la pregunta 6a ("¿Está esta persona casada legalmente?") y "No" a la pregunta 6b ("¿Planea esta persona presentar una declaración de impuestos federales conjunta con su cónyuge para el 2017?"), aunque así no sea como realmente presente la declaración. Esta persona solamente deberá incluir en esta solicitud a sí mismo y a cualquier dependiente.

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

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 su cónyuge para el 2017? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos federales para el 2017? ☐ Sí ☐ No

Esta persona reclamará una deducción por exención personal en su declaración de impuestos federales para el 2017 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. Si contestó **sí**, 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 2017?
☐ Sí ☐ No
 Si esta persona es reclamada por alguien más como dependiente en su declaración de impuestos federales para 2017, 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? _____
-
7. ¿Está esta persona solicitando cobertura de servicios de salud o dental? ☐ Sí ☐ No
 (Aunque tenga cobertura, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.)
 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.
-
8. ¿Es esta persona ciudadano de EE. UU. o ciudadano naturalizado? ☐ Sí ☐ No
 Si contestó **sí**, ¿es esta persona ciudadano naturalizado (no nació en EE. UU.)? ☐ Sí ☐ No
 Número de extranjero _____ Número de certificado de ciudadanía o de naturalización _____
-
9. Si esta persona no es ciudadano ¿tiene un estado inmigratorio elegible? ☐ Sí ☐ No
 Consulte la página 22, "Estados inmigratorios y tipos de documentos" para obtener ayuda. Si contestó **no** o **no responde**, esta persona solamente puede recibir uno o más de los siguientes: MassHealth Standard (si está embarazada), MassHealth Limited, el Children's Medical Security Plan (CMSP, Plan de seguridad médica para niños) o Health Safety Net (HSN). Vaya a la Pregunta 10.
- a. Si contestó **sí**, ¿tiene esta persona un documento inmigratorio? ☐ Sí ☐ No
 Podría ayudarnos a procesar esta solicitud más rápido si usted incluye una copia del documento inmigratorio de esta persona con la solicitud. Intentaremos verificar el estado inmigratorio de esta persona por medio de la comparación electrónica de datos. Por favor enumere todos los estados y/o condiciones inmigratorios correspondientes a él o ella desde que esta persona ingresó en EE. UU. Si necesitara más espacio, adjunte otra hoja de papel.
 Fecha de adjudicación de estado (mm/dd/aaaa) _____ (Para personas maltratadas, ingrese la fecha en que se aprobó la petición.)
 Estado inmigratorio _____ Tipo de documento inmigratorio _____
 Elija uno o más estados y tipos de documentos de la lista en la sección, "Estados inmigratorios y tipos de documentos".
 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?
 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
-
10. ¿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(los) niño(s) _____
-
11. Raza (opcional: marque todas las que corresponda)
- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Hispano, latino o de origen español | ☐ Indígena norteamericano o Nativo de Alaska (complete el Paso 3 y el Suplemento B) | ☐ Coreano |
| ☐ Cubano | ☐ Indio (de Asia) | ☐ Nativo de Hawái |
| ☐ Mexicano, mexicoamericano o chicano | ☐ Negro o afronorteamericano | ☐ Otro asiático |
| ☐ Puertorriqueño | ☐ Chino | ☐ Otro Isleño del Pacífico |
| ☐ Otro hispano/latino/español _____ | ☐ Filipino | ☐ Samoano |
| | ☐ Guameño o chamorro | ☐ Vietnamita |
| | ☐ Japonés | ☐ Blanco o caucásico |
| | | ☐ Otro _____ |

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 (incluyendo 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, incluyendo 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. ¿Tiene esta persona cáncer de seno o del cuello del útero? (Opcional) ☐ Sí ☐ No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que necesitan tratamiento para el cáncer de seno o del cuello del útero.
17. ¿Es esta persona VIH positivo? (Opcional) ☐ Sí ☐ No
MassHealth tiene reglas de cobertura especial para personas que son VIH positivo.
18. ¿Estuvo esta persona alguna vez en un hogar de crianza? ☐ Sí ☐ No
a. Si contestó **yes**, ¿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

¿Tiene esta persona algún ingreso? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **sí**, vaya a Empleo actual 1 para ingresos por empleo. Vaya a Empleo por cuenta propia para ingresos por empleo por cuenta propia. Para todo otro ingreso, vaya a Otros ingresos. Si algún ingreso no es estable de mes a mes, por favor proporcione el ingreso promedio para el período de tiempo (por semana, por mes, etc.).

Si contestó **no**, vaya a la Persona 3 si tiene personas para agregar. Si esta es la última persona que tiene que agregar, vaya al Paso 3.

EMPLEO ACTUAL 1

19. Nombre y dirección del empleador

20. 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

21. Promedio del número de horas trabajadas por SEMANA _____ 22. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? ☐ Sí ☐ No

23. ¿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.

EMPLEO ACTUAL 2 | Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

24. Nombre y dirección del empleador

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. ¿Es este empleo un taller de trabajo protegido? ☐ Sí ☐ No

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.

EMPLEO POR CUENTA PROPIA

**Si está empleado(a) por cuenta propia, responda a las siguientes preguntas.
Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.**

29. ¿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 después de pagar por gastos de negocios) obtendrá esta persona de su empleo por cuenta propia por mes, o, ¿cuánto perderá esta persona por este empleo por cuenta propia por mes? \$ _____/mes **ganancia** O \$ _____/mes **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. Si esta persona recibe un pago único, incluya el mes en que lo recibió. **NOTA: No necesita informarnos sobre manutención de los hijos, pagos a veteranos no imponibles, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ingresos por indemnizaciones de trabajo.**
- ☐ Beneficios de seguro social \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- ☐ Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibido? _____
- ☐ Jubilación/Retiro o pensión \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____ Fuente _____
- ☐ Ganancias de capital \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidas? _____
- ☐ Interés, dividendos y otros ingresos por inversiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- ☐ Ingresos por regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- ☐ Ingresos netos por alquiler: En promedio, ¿cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos de esta propiedad rentada) obtendrá esta persona de este alquiler cada mes o cuánto dinero perderá esta persona de este alquiler cada mes? \$ _____ ganancia mensual o \$ _____ pérdida mensual
- ☐ Ingresos netos de agricultura, ganadería o pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____
- ☐ Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibida? _____
- ☐ Otros ingresos imponibles \$ _____ ¿Con qué frecuencia/mes recibidos? _____ Tipo _____

DEDUCCIONES

31. Marque todo lo que corresponda. Proporcione la cantidad y con qué frecuencia esta persona la recibe.
- 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. **NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en sus respuestas al ingreso neto por trabajo por cuenta propia, alquiler neto o ingreso neto por agricultura, ganadería o pesca.** Escriba la cantidad hasta el máximo del deducible permitido por el IRS.
- ☐ Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Interés de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ☐ Otras deducciones fiscales (gastos de educador; ciertos gastos de negocios de reservistas, artistas o funcionarios del gobierno basados en una tarifa; deducciones de cuentas de ahorro de salud; gastos de mudanza debido a un cambio de empleo; parte deducible de los impuestos de empleo por cuenta propia; contribución a SEP, SIMPLE y planes calificados para trabajos por cuenta propia; deducción para seguro de salud para trabajos por cuenta propia; multas por retiro anticipado de ahorros, deducción para cuentas de jubilación individual (IRA); matrículas y cuotas por educación superior; y deducción por actividades de producción doméstica. No incluya ningún tipo de deducción que no esté nombrada arriba.
- Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

INGRESO ANUAL

32. ¿Cuál es el ingreso total esperado de esta persona para el año calendario actual?
33. ¿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
PO Box 4405
Taunton, MA 02780;**

o Por fax a 1-857-323-8300.