

PASO 2: PERSONA

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 más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdesese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo _____		5. Parentesco (ejemplos: madre, padre, hija, hijo, etc.) _____
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	3. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
4. Número de Seguro Social (SSN) ____ - ____ - ____ Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN.		

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

7. **Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
 Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

8. **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 _____

9. **¿Piensa la PERSONA presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar el seguro médico aun si no presenta una declaración de impuestos federales.)

SÍ. Caso que sí, responda a las preguntas a–c. **NO. Caso que no**, vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Caso que sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará la PERSONA a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será la PERSONA reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____
 ¿Cuál es el parentesco de la PERSONA con el que presenta la declaración de impuestos? _____

10. ¿Está la PERSONA embarazada? Sí No **Caso que sí**, ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

11. **¿Necesita la PERSONA cobertura médica?**
(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)

SÍ. Caso que sí, conteste todas las preguntas de abajo. **NO. Caso que no**, VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 7.

12. ¿Tiene la PERSONA problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)? Sí No **Caso que sí**, debe llenar e incluir el anexo D.

13. ¿Vive la PERSONA en una instalación médica u hogar de ancianos? Sí No **Caso que sí**, debe llenar e incluir el anexo D.

14. ¿Desea ayuda la PERSONA para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿Vive la PERSONA con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

16. ¿Estuvo la PERSONA bajo tutela temporal a los 18 años o más? Sí No a. **Caso que sí**, ¿en cuál estado? _____
 b. ¿Tenía Medicaid? Sí No c. ¿Cuántos años tenía la PERSONA cuando salió de tutela temporal? _____

17. ¿Tuvo la PERSONA seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? Sí No
 a. **Caso que sí**, fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

18. ¿Es la PERSONA estudiante de tiempo completo? Sí No

19. ¿Es la PERSONA ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No
Caso que sí, ¿nacido PERSONA en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? Sí No **Caso que no**, proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
 a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____

Caso que no, ¿tiene la PERSONA estatus migratorio elegible? Sí No **Caso que sí**, proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
 a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____
 c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____
 e. ¿Vive la PERSONA en los EE.UU. desde 1996? Sí No f. ¿Es la PERSONA o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, 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 **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA (Siga con PERSONA)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

Empleado

Si la PERSONA 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 y dirección del empleador _____ 21. Número de teléfono del empleador
(_____) _____ - _____

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
\$ _____ Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

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

24. Nombre y dirección del empleador _____ 25. Número de teléfono del empleador
(_____) _____ - _____

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Semanalmente Cada 2 semanas
\$ _____ Dos veces al mes Mensualmente Anualmente

27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

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

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

a. Tipo de trabajo _____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) PERSONA que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

30. OTROS INGRESOS DE ESTE MES: Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA la recibe.

- | | | | | | |
|---|----------|--|---|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | | <input type="checkbox"/> Sustento de Menores | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Los pagos de los Veteranos | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Becas/Subvenciones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Plusvalía | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Inversiones | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos | Tipo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia con la PERSONA recibe. Si la PERSONA paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

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 | Tipo: _____ | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil | \$ _____ | ¿Con qué frecuencia? _____ | | | | |

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

Ingreso total de la PERSONA este año	Ingreso total de la PERSONA el próximo año (si piensa que será diferente)
\$ _____	\$ _____

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



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al 1-888-342-6207. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-888-342-6207, 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 1-800-220-5404.