

STEP 2: PERSONA N°

(Añada cada persona como persona 2, persona 3, persona 4, etc.)

Complete el Paso 2 para su cónyuge/pareja y los menores que viven con usted o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos, si es que presenta una. Vea en la página 1 la información adicional sobre las personas que debe incluir. Recuerde que aunque no presente una declaración de impuestos, debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. NOMBRE LEGAL (Nombres, Apellidos, Tratamiento [Sr., Sra. Dr., etc.]		2. ¿Parentesco con usted?
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	5. Veterano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe
6. ¿Esta persona vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no , escriba la dirección _____		
7. Número de Seguro Social (SSN) _____. (De cada individuo que desee cobertura médica y tenga un SSN). Si el individuo no tiene un número, ¿ya lo ha solicitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si no , indique el motivo: _____		
8. <input type="checkbox"/> Marque aquí si esta persona es miembro de una tribu indígena oficial de los Estados Unidos o de Alaska, y llene el Apéndice B.		
9. Si la persona es hispana o latina, cuál es su origen étnico (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda). <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Estadounidense de origen mexicano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____		
10. Raza (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda). <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena 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"/> Indoasiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____		
11. ¿Esta persona requiere cobertura médica? (Incluso si tiene seguro, quizás haya un programa más económico o con una mejor cobertura). <input type="checkbox"/> Sí. Conteste todas las preguntas siguientes. <input type="checkbox"/> NO. VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.		
12. ¿Esta persona es ciudadana de los EE.UU. o naturalizada estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si es de nacionalidad estadounidense, su comprobante es: <input type="checkbox"/> Certificado de naturalización o ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> I-551 (Certificado de naturalización o ciudadanía)		
13. Si la persona no es ciudadana de los EE.UU. o naturalizada estadounidense, ¿tiene una condición de inmigrante con derechos? <input type="checkbox"/> Sí. Fecha de ingreso: _____. Escriba el tipo de documento y número de identificación (ID) a continuación. a. Tipo de documento de inmigración _____ Número de ID del documento _____ b. ¿La persona ha vivido en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿La persona, el cónyuge o el padre de la misma es veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Si la persona ha estado menos de 5 años en EE. UU., indique su situación migratoria (refugiado, asilado, etc.) _____		
14. ¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿De estarlo, cuántos bebés espera tener en este embarazo? _____ ¿Cuál es la fecha planeada del alumbramiento? _____		
15. ¿Esta persona perdió recientemente la cobertura del seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si eligió 'Sí', en qué fecha: _____ Motivo: _____		
16. Si la persona tiene menos de 18 años de edad, ¿alguno de sus padres es empleado del estado de Missouri? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17. ¿Esta persona es mujer de entre 18 y 56 años y requiere servicios de planificación familiar (control de natalidad, prueba de ETS, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
18. ¿La persona vive con, por lo menos, un menor de 19 años y es la persona principal a cargo del mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
19. ¿La persona está asegurada a través de su empleo y perdió el seguro en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si eligió 'Sí' , fecha de finalización: _____ b. Motivo por el que finalizó el seguro: _____		
20. ¿La persona es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si eligió 'Sí' , en qué tipo de escuela (high school, universidad, etc.) _____ ¿Cuál es la fecha prevista de la graduación? _____		
21. ¿La persona estuvo bajo cuidado tutelar a los 18 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
22. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el PRÓXIMO AÑO? (Esta persona puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta). <input type="checkbox"/> Sí. Por favor responda las preguntas de a a c. <input type="checkbox"/> No. Vaya a la pregunta c. a. ¿La persona presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si eligió 'Sí' , nombre del cónyuge: _____ b. ¿La persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si eligió 'Sí' , nombre(s) del (los) dependiente(s): _____ c. ¿La persona será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si eligió 'Sí' , nombre de quien presenta la declaración de impuestos: _____		



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al 1-855-373-9994.

MO 886-4537 (05/17)

IM-1ADP

STEP 2: PERSONA N°

(Añada cada persona como persona 2, persona 3, persona 4, etc.)

Empleo Actual e Información de Ingresos

<input type="checkbox"/> Empleado Si la persona actualmente está empleada, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 22.	<input type="checkbox"/> Sin empleo Vaya a la pregunta 34.	<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia Vaya a la pregunta 33.
---	--	--

Empleo Actual 1:

23. Nombre y dirección del empleador _____	24. Núm. de tel. del empleador _____
25. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____	
26. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____	27. Fecha de inicio del empleo: _____

Empleo Actual 2:

28. Nombre y dirección del empleador _____	29. Núm. de tel. del empleador _____
30. Salarios/propinas (antes de impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ _____	
31. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____	32. Fecha de inicio del empleo: _____
33. El año pasado , la persona: <input type="checkbox"/> Cambió de empleo <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Comenzó a trabajar menos horas <input type="checkbox"/> Nada de lo anterior	

34. Si la persona trabaja por cuenta propia, responda lo siguiente::

a. Tipo de trabajo _____	b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que cubre los gastos de su negocio) que recibirá esta persona por trabajar por cuenta propia este mes? \$ _____
-----------------------------	---

35. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que esta persona percibe y con qué frecuencia.
NOTA: Los tipos de ingresos que incluyen manutención infantil, beneficios de veteranos, donativos, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), aportaciones a indígenas norteamericanos/de Alaska, y asistencia educativa, no cuentan para ciertos tipos de asistencia de MO HealthNet. Sólo indique estos tipos de ingresos si está realizando la solicitud a nombre de alguien de 65 años de edad o más, o que tenga una discapacidad.

<input type="checkbox"/> Ninguno \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Tipo: _____

36. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que la persona paga y con qué frecuencia. Si la persona paga cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales sobre la renta, indíquelo, ya que es posible que el costo de la cobertura médica sea un poco menor.

NOTA: No incluya un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto si la persona trabaja por cuenta propia (pregunta 26b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Tipo: _____

37. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de esta persona cambia cada mes.
 Si esta persona no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente.



El ingreso total de esta persona este año	El ingreso total de esta persona el próximo año (si considera que será diferente)
\$ _____	\$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre esta persona.
 Si incluirá a más de dos personas, haga copias de las páginas 4 y 5 y llénelas con la información de cada una de las personas.