

Solicitud de Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos

Use esta solicitud para saber a qué opciones de cobertura tiene derecho

- Planes económicos de seguros médicos privados que ofrecen cobertura completa para ayudarlo a mantenerse sano.
- Un nuevo crédito fiscal que le ayudaría inmediatamente a pagar sus primas de cobertura médica.
- Seguro gratuito o económico de MO HealthNet

Es posible que califique para un programa gratuito o económico, inclusive si gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4).

¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si su hijo ya cuenta con cobertura médica. Quizás cumpla los requisitos para acceder a una cobertura gratuita o de menor costo.
- Las familias que incluyen inmigrantes tienen derecho a enviar su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo incluso si usted no cumple los requisitos para acceder a la cobertura. Llenar la solicitud no tiene repercusiones en su situación migratoria ni en la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, es posible que usted deba llenar el Apéndice C.

Use Internet para agilizar su solicitud

- Use el sitio mydss.mo.gov para agilizar su solicitud.

Lo que quizás necesite para tramitar su solicitud:

- Números de Seguro Social (o números de los documentos de los inmigrantes legales que requieren el seguro).
- Información del empleador y de los ingresos de cada persona en su familia (por ejemplo, talones de pagos, formularios W-2 o declaraciones de salarios y de impuestos).
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales.
- Información sobre cualquier seguro médico familiar otorgado por su trabajo.

¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso, entre otra, para informarle cuál es la cobertura a la que califica y si puede recibir ayuda para pagarla. **Protegeremos y mantendremos la confidencialidad de toda la información que nos proporcione, como lo requiere la ley.**

¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección indicada en la página 8. **Si no tiene toda la información que le pedimos, de todas maneras, firme y envíe su solicitud.** Le daremos seguimiento. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su solicitud de cobertura médica. Si no nos comunicamos con usted, llame al **1-855-373-9994**. El llenar esta solicitud no significa que deba pagar la cobertura médica.

Reciba asistencia con esta solicitud

- Por Internet: mydss.mo.gov.
- Teléfono: llame a nuestro Centro de Atención 1-855-373-9994.
- En persona: en cualquier oficina de la División de Apoyo a la Familia, o averigüe si hay asesores en su zona que lo auxilien. Para más información, visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.
- En español: llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-373-9994.
- Usuarios de TTY, llamen al 1-800-735-2966.

PASO 1

Díganos sobre el adulto quien será nuestro contacto principal en esta solicitud

(Necesitamos de un adulto en la familia que sea el medio de contacto en relación con su solicitud.)

Usted obtuvo esta solicitud a través de:

- Escuela Pública de Missouri
 Proveedor Registrado de Cuidados Infantiles
 Otro

1. NOMBRE LEGAL (Nombres, Apellidos, Tratamiento [Sr., Sra. Dr., etc.]

2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una).

3. Número de apartamento o suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Marque si su dirección postal no es la misma que su dirección de casa. **Si son distintas**, escriba su dirección postal a continuación:

9. Marque si su dirección postal que indicó es una dirección Safe at Home. Código de autorización de Safe at Home _____

10. Dirección postal

11. Número de apartamento o suite

12. Ciudad

13. Estado

14. Código postal

15. Condado de residencia

16. Número de teléfono

17. Otro número de teléfono y de qué tipo es (mensajes, trabajo, cel.

18. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? Sí No

Dirección de correo electrónico:

19. Idioma preferido, hablado o escrito (si no es inglés)

Renovación de su cobertura en años posteriores

Para facilitar la decisión sobre mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en los próximos años, acepto que la División de Apoyo a la Familia utilice información de ingresos, incluida la información de declaraciones de impuestos. La División de Apoyo a la Familia me enviará una notificación, me permitirá realizar los cambios necesarios y puedo darme de baja en cualquier momento.

Sí, que mi elegibilidad sea renovada automáticamente durante los siguientes:

5 años (máximo número de años permitido), o durante un número menor de años:

4 años 3 años 2 años 1 año No usen información de declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

PASO 2

Díganos sobre su familia

El monto de asistencia o el tipo de programa al que usted califica dependen del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que cada persona reciba la mejor cobertura posible.

Indique todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar impuestos para recibir cobertura médica).

Incluya:

- A usted.
- Su cónyuge.
- Sus hijos menores de 21 años que habitan con usted.
- Su concubino que requiera cobertura médica.
- El progenitor de algún menor que requiera cobertura médica.
- Cualquier persona incluida en su declaración de impuestos, incluso si no habita con usted.
- Cualquier persona menor de 21 años a la que usted cuide y que habite con usted.

NO es necesario que incluya:

- Su concubino que no requiere cobertura médica.
- Los hijos de su concubino.
- Sus padres que habitan con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si usted es mayor de 21 años).
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. ¡Comience con usted! Luego incluya a los demás adultos y menores.

- **Si hay más de 2 personas en su familia**, deberá hacer copias de las páginas 4 y 5 por cada persona adicional y adjuntarlas.
- Protegeremos y mantendremos la confidencialidad de toda la información que nos proporcione, como lo requiere la ley. Usaremos la información personal sólo para verificar si puede recibir cobertura médica. No es necesario que nos diga la condición migratoria o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura médica.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al **1-855-373-9994**. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted/el solicitante)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los menores que viven con usted y/o cualquier otra persona en su 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?
		SOY YO
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. Número de Seguro Social (SSN) _____.

Requerimos esto si desea cobertura médica y tiene un SSN. Aun si no desea la cobertura médica para usted, su SSN nos puede ser de utilidad para agilizar el trámite de la solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos e información adicional para determinar quién cumple los requisitos para recibir ayuda para pagar los costos de la cobertura médica. Si alguien requiere ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

7. Marque aquí si usted es miembro de una tribu indígena oficial de los Estados Unidos o de Alaska, y llene el Apéndice B.

8. ¿Requiere cobertura médica? (Incluso si tiene seguro, quizás haya un programa más económico o con una mejor cobertura).
 Sí. Conteste todas las preguntas siguientes.  **NO.** VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3.  Deje el resto de esta página en blanco.

9. **Si usted es hispano o latino, cuál es su origen étnico (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda).**

Mexicano Estadounidense de origen mexicano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

10. **Raza (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda).**

Blanco Indígena americano o nativo de Alaska Filipino Vietnamita Guameño o chamorro
 Negro o Afroamericano Indoasiático Japonés Otro asiático Samoano
 Chino Coreano Nativo de Hawái De otras islas del Pacífico
 Otro _____

11. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o naturalizado estadounidense? Sí No.

12. **Si usted no es ciudadano de los EE.UU. o naturalizado estadounidense,** ¿tiene una condición de inmigrante con derechos?

Sí. Fecha de ingreso: _____ Escriba su tipo de documento y número de identificación (ID) a continuación.

a. Tipo de documento de inmigración _____ Número de ID del documento _____.

b. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996? Sí No

c. ¿Es usted, su cónyuge o su padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

d. Si ha estado menos de 5 años en los EE. UU., indique su situación migratoria (refugiado, asilado, etc.) _____

13. ¿Está embarazada? Sí No

¿De estarlo, cuántos bebés espera tener en este embarazo? _____ ¿Cuál es la fecha planeada del alumbramiento? _____

14. ¿Es mujer de entre 18 y 56 años y requiere servicios de planificación familiar (control de natalidad, prueba de ETS, etc.)? Sí No

15. ¿Vive con, por lo menos, un menor de 19 años y usted es la persona principal a cargo del mismo? Sí No

16. ¿Es estudiante de tiempo completo? Sí No

Si eligió 'Sí', en qué tipo de escuela (high school, universidad, etc.) _____ ¿Cuál es la fecha prevista de la graduación? _____

17. ¿Usted estuvo bajo cuidado tutelar a la edad de 18 años o más? Sí No

18. Si tiene menos de 18 años de edad, ¿alguno de sus padres es empleado del estado de Missouri? Sí No

19. **¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el PRÓXIMO AÑO?**

(Puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta).

Sí. Por favor responda las preguntas de a a c. **No.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si eligió 'Sí', nombre del cónyuge: _____

b. ¿Declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Si eligió 'Sí', nombre(s) del (los) dependiente(s): _____

c. ¿Será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si eligió 'Sí', nombre de quien presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es su parentesco con la persona que presenta la declaración de impuestos? : _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al **1-855-373-9994**. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

STEP 2: PERSONA 1 (Continuación)

Empleo Actual e Información de Ingresos

Empleado

Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso
Comience con la pregunta 20.

Sin empleo

Vaya a la pregunta 29.

Empleo por cuenta propia

Vaya a la pregunta 28.

Empleo Actual 1:

20. Nombre y dirección del empleador _____

21. Núm. de tel. del empleador _____

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

24. Fecha de inicio del empleo: _____

Empleo Actual 2:

24. Nombre y dirección del empleador _____

25. Núm. de tel. del empleador _____

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA _____

26. Fecha de inicio del empleo: _____

27. **El año pasado**, usted: Cambió de empleo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Nada de lo anterior

28. **Si 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 por trabajar por cuenta propia este mes?
\$ _____

29. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que 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: _____		

30. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que paga y con qué frecuencia. Si 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 trabaja por cuenta propia (pregunta 28b).

<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: _____		

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



Su ingreso total **este año**
\$ _____

Su ingreso total **el próximo año** (si considera que será diferente)
\$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.

Por favor, llene las páginas 4 y 5 para los demás miembros del hogar; haga copias de ser necesario.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al **1-855-373-9994**. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

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. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

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::

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.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al **1-855-373-9994**. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

PASO 3: Su cobertura médica familiar

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de atención médica?

No. Vaya al paso 4.

Sí. Si eligió 'Sí', marque el tipo de cobertura y llene la tabla a continuación:

MO HealthNet Peace Corps Medicare Programas de atención médica de VA

Seguro financiado por el empleado

TRICARE/CHAMPUS (no la marque si tiene atención directa de Line of Duty)

Otro seguro médico

Complete la siguiente información:	Plan 1:	Plan 2:
	Solicitante(s):	Solicitante(s):
Nº de Póliza/Nº de reclamación de Medicare:		
Nombre del Grupo:		
Número del Grupo:		
Nombre de la Aseguradora:		
Nombre del Asegurado:		
SSN del Asegurado:		
Fecha de Nacimiento del Asegurado:		

2. ¿Este seguro médico cubre todos los beneficios de maternidad, incluidos atención prenatal, trabajo de parto y alumbramiento? Sí No

3. ¿A alguna persona en esta solicitud se le ofrece cobertura médica en su empleo? Marque 'Sí', incluso si la cobertura es del empleo de alguien más, como un progenitor o el cónyuge.

Sí. Si eligió 'Sí', tendrá que llenar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados? Sí No

No. Si eligió 'No', vaya al Paso 4.

PASO 4:

1. ¿Alguna persona de esta solicitud recibió servicios médicos en los últimos 3 meses? No Sí; ¿quién? _____

Indique el ingreso del hogar hace 3 meses : _____ Hace 2 meses: _____ Hace 1 mes: _____

2. ¿Alguna persona de la solicitud usa tabaco? No Sí; ¿quién? _____

3. ¿Alguna persona de esta solicitud está en prisión o cárcel? No Sí; ¿quién? _____

4. ¿Dicho individuo fue arrestado pero no procesado? Sí No ¿Cuál es la fecha prevista de la liberación del individuo? _____

5. ¿Alguna persona del hogar que solicite beneficios es invidente? No Sí; ¿quién? _____

6. ¿Alguna persona del hogar que solicite beneficios es discapacitada? No Sí; ¿quién? _____

7. ¿Alguna persona del hogar que solicite beneficios padece algún impedimento físico, mental o emocional que limite sus actividades (como bañarse, vestirse, hacer las tareas cotidianas, etc.)? No Sí; ¿quién? _____

8. ¿Alguna persona del hogar que solicite beneficios vive en una casa de enfermería o institución médica? No Sí; ¿quién? _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al **1-855-373-9994**. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

PASO 5: Lea y firme esta solicitud

Derechos y Responsabilidades de MO HealthNet

POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN Y FIRME AL TÉRMINO

- Acepto/Aceptamos proporcionar los números de seguro social de todas las personas que tramiten la solicitud de MO HealthNet, como lo estipula la ley. El número de seguro social se usa para determinar la elegibilidad y comprobar información.
- Acepto/Aceptamos ser evaluado/evaluados para el Programa de pago de primas de seguro médico (Health Insurance Premium Payment Program - HIPP) en caso de que yo/nosotros o los miembros del hogar estemos empleados o hayamos perdido el empleo en los últimos 30 días y el empleador o el antiguo empleador ofrece seguro médico.
- Acepto/Aceptamos que es posible que las afirmaciones y la información sean sometidas a verificación.
- Acepto/Aceptamos que informaré/informaremos de cualquier cambio en mis/nuestras circunstancias en un plazo de DIES DÍAS a partir de que éstas acontezcan.
- Sé/Sabemos que es ilegal obtener o pretender obtener beneficios que no me/nos corresponden. Toda afirmación o declaración falsa, u ocultar hechos relevantes, ya sea total o parcialmente, puede someterme/someternos a un proceso penal o civil.
- Acepto/Aceptamos que al determinarse que cumpla/cumplimos los requisitos para recibir MO HealthNet para un menor que carece de apoyo de los padres, he/hemos asignado todos los derechos de asistencia médica al Estado de Missouri, y que debo/debemos cooperar para determinar la paternidad y para obtener asistencia médica, a menos que tenga/tengamos una justificación. El no cooperar no repercute en la elegibilidad del menor.
- Comprendo/Comprendemos que los beneficios médicos para una persona de 65 años o más, o invidente o discapacitada, no se determinan al completar esta solicitud. Para solicitar beneficios médicos para personas de 65 años o más, o invidentes o discapacitados, debo/debemos completar una solicitud distinta.
- Comprendo/Comprendemos que al aceptar MO HealthNet se ceden los derechos a la División de MO HealthNet del Departamento de Servicios Sociales para que la atención médica sea pagada por un tercero.
- Acepto/Aceptamos que, de ser necesario, puede divulgarse mi/nuestra información médica o la de mi/nuestra familia para recibir tratamiento, pagar gastos médicos, gestionar la atención médica y/o administrar este programa.
- Si se decide que cumpla/cumplimos los requisitos para acceder a MO HealthNet, sé/sabemos que el Estado de Missouri pagará los servicios cubiertos en mi/nuestro nombre y estoy/estamos conscientes de que el Estado podría presentar una solicitud para embargar mis/nuestros bienes para recuperar cualquier ayuda recibida.
- Al firmar esta solicitud en papel o de forma electrónica, nos concede(n) su autorización para emitir, o disponer que se emitan llamadas telefónicas referentes a su caso, a través de sistemas de marcación automática, a su número de teléfono principal que proporcionó/proporcionaron en la página 2. No es necesario que acepte(n) esto como parte de su solicitud. Si prefiere(n) evitar este tipo de llamadas, marque(n) aquí:

Si alguna persona en esta solicitud cumple los requisitos para recibir MO HealthNet

- Otorgo/Otorgamos el derecho a la División de Apoyo a la Familia de buscar y obtener dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También otorgo/otorgamos el derecho a la División de Apoyo a la Familia de buscar y adquirir apoyo médico a través de un cónyuge o progenitor.
- ¿Algún menor en esta solicitud tiene un progenitor que vive fuera del hogar? Sí No
- Si marqué 'Sí', sé que me pedirán que coopere con la agencia que obtiene asistencia médica a través de un padre ausente. Si considero que yo o mis hijos correremos riesgos al cooperar para obtener asistencia médica, puedo informar a la División de Apoyo a la Familia al respecto y quizás no tenga que cooperar.

Continúa en la siguiente página



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al 1-855-373-9994. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

PASO 5: Lea y firme la continuación de esta solicitud

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que si proporciono información falsa podría ameritar sanciones, según la ley federal.

- Sé que debo informar a la División de Apoyo a la Familia si se presentan cambios (cosas que difieran de lo que escribí en esta solicitud). Puedo visitar mydss.mo.gov o llamar al **1-855-373-9994** para informar sobre tales cambios. Comprendo que un cambio en mi información podría repercutir en la elegibilidad de algún miembro de mi hogar.
- Sé que, conforme a la ley federal, se prohíbe la discriminación por raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una denuncia por discriminación a través de <http://dss.mo.gov/files/missouri-nondiscrimination-policy-statement.htm>.
- ¿Alguna persona que solicita el seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o en prisión)? Sí No
Si eligió 'Sí', escriba el nombre de la persona aquí: _____
 Marque aquí si dicha persona está en espera de una resolución.

Necesitamos esta información para comprobar que cumple con los requisitos para recibir ayuda para pagar la cobertura médica, si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y en bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe comprobantes.

Mi derecho a apelar

Si considero que la División de Apoyo a la Familia ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa informar a alguien en la División de Apoyo a la Familia que considero que la acción es incorrecta, además de solicitar una revisión justa de la acción. Tengo claro que puedo averiguar cómo apelar si llamo al Centro de Contacto, al **1-855-373-9994**. Tengo claro que para el proceso puedo optar por que alguien que me represente. Recibiré explicaciones sobre mi elegibilidad y otra información importante.

Firme esta solicitud. La persona que completó el paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, firme aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información solicitada en el Apéndice C.



FIRME AQUÍ



Firma del Solicitante

Fecha (mm/dd/aaaa)

PASO 6: Envíe por correo la solicitud llena

Envíe por correo su solicitud firmada (incluya todas las páginas) a:

FSD Application Processing Center
PO BOX 1353
Joplin, MO 64802

Si desea registrarse para votar, sírvase completar el formulario de registro de votantes en:
<http://sos.mo.gov/elections/goVoteMissouri/register.aspx>



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite mydss.mo.gov o llámenos al **1-855-373-9994**. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-735-2966

APÉNDICE A

Cobertura médica de empleos

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguien en su hogar pueda obtener cobertura médica en un empleo. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

Indique información acerca del **empleo** que ofrece cobertura.

Lleve la Herramienta de Cobertura del Empleador en la página siguiente al empleador que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página al enviar su solicitud, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre legal del empleado	2. Número de Seguro Social del empleado
------------------------------	---

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar en relación con la cobertura médica para empleados en este empleo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Cumple los requisitos para obtener la cobertura que este empleador ofrece, o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura? _____
Escriba el nombre de cualquier otra persona que pueda obtener la cobertura de este empleo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

No (Deténgase aquí y vaya el Paso 5 de la solicitud)

Díganos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumpla con el estándar de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo*, ofrecido **solamente a empleados** (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagará si recibe el máximo descuento por cualquier programa para dejar de fumar, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas en este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Cada semana Cada 2 semanas Bimestralmente Trimestralmente Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si conoce dicha información)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo para empleados, que cumpla con el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Cada semana Cada 2 semanas Bimestralmente Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan médico financiado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si el porcentaje del plan del total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan, es por lo menos el 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).

HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta herramienta como ayuda para contestar las preguntas en el Apéndice A sobre la cobertura médica del empleador a la que usted califica (incluso si es del empleo de otra persona, como un cónyuge). La información en las casillas numeradas a continuación concuerda con la de las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 en esta página debe concordar con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y su número del Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pida al empleador que llene el resto del formulario. Llene un formulario por cada empleador que ofrece cobertura médica.

Información del EMPLEADO (El empleado debe llenar esta sección)

1. Nombre legal del empleado (Nombres, Apellidos)	2. Número de Seguro Social del empleado
---	---

Información del EMPLEADOR (El empleador debe llenar esta sección)

3. Nombre del empleador	4. Número de Identificación del Empleador (EIN)	
5. Dirección del empleador (La División de Apoyo a la Familia enviará avisos a esta dirección)	6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal
10. ¿A quién podemos contactar en relación con la cobertura médica para empleados en este empleo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	

13. ¿Puede el empleado obtener la cobertura que ofrece el empleador en este momento o podrá obtenerla en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si el empleado no puede obtener cobertura en este momento, como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá obtenerla? _____ (mm/dd/aaaa) (Continúe)

No (Deténgase aquí y devuelva este formulario al empleado)

Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

¿El empleador ofrece un plan médico que cubre al cónyuge o al dependiente del empleado?

Sí ¿A quiénes cubre? Cónyuge Dependiente(s)

No

(Siga a la pregunta 14)

14. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumpla con el estándar de valor mínimo*?

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado en este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Cada semana Cada 2 semanas Bimestralmente Trimestralmente Anualmente

15. Para el plan más económico que cumpla con el estándar de valor mínimo*, ofrecido **solamente a empleados** (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, escriba la prima que el empleado pagará si recibe el máximo descuento por cualquier programa para dejar de fumar, y no recibe ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar en primas el empleado en este plan? \$ _____

¿Con qué frecuencia? Cada semana Cada 2 semanas Bimestralmente Trimestralmente Anualmente

Si el año del plan terminará pronto y sabe que van a cambiar los planes médicos ofrecidos, siga a la pregunta 16. Si no sabe, **DETÉNGASE** y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si conoce dicha información)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica.

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan más económico disponible sólo para empleados, que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

¿Cuánto tendrá que pagar en primas el empleado en ese plan? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? Cada semana Cada 2 semanas

Bimestralmente Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

*Un plan médico financiado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si el porcentaje del plan del total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan, es por lo menos el 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).



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

MO 886-4537 (10/17)

IM-1SSL

APÉNDICE B

Familiar indígena americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Llene este apéndice si usted o un familiar es indígena americano o nativo de Alaska. Envíelo con su Solicitud de Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

Díganos sobre el familiar que es indígena americano o nativo de Alaska.

Los indígenas americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena. Además, quizás no tengan que pagar parte de los costos y podrían tener períodos especiales de inscripción cada mes.

Conteste las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba toda la ayuda posible.

NOTA: Si desea incluir más personas, haga una copia de esta página y añádala.

	PERSONA AI/AN 1	PERSONA AI/AN 2
1. Ingrese el (los) nombre(s) en la(s) siguiente(s) columna(s).	Primer nombre Segundo nombre Apellidos	Primer nombre Segundo nombre Apellidos
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige "Sí" , ¿cuál es el nombre de la tribu: _____ Indique dónde se ubica la sede del Gobierno Tribal: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige "Sí" , ¿cuál es el nombre de la tribu: _____ Indique dónde se ubica la sede del Gobierno Tribal: _____
3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa urbano de salud indígena, o por medio de una referencia a servicios de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige "No" , ¿esta persona puede recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de una referencia a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si elige "No" , ¿esta persona puede recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribales o programas urbanos de salud indígena, o por medio de una referencia a servicios de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Cierta dinero recibido quizás no cuente para MO HealthNet. Mencione todos los ingresos (tipo, cantidad y cada cuándo los recibe) mencionados en su solicitud que incluyan dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu, provenientes de recursos naturales, derechos de uso; contratos de arrendamiento o regalías. • Pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terreno designado como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluidas reservas actuales y anteriores). • Dinero de la venta de artículos de importancia cultural. 	Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

APÉNDICE C

Ayuda para llenar esta solicitud

No necesita firmar el apéndice C para solicitar o recibir beneficios de MO HealthNet. Puede ponerse en contacto con la División de Apoyo a la Familia para solicitar beneficios, cumplir con su revisión anual o llevar a cabo otros asuntos por cuenta propia; o puede designar a un representante autorizado que lo represente, según lo dispuesto en 42 CFR 435.908. Para nombrar a un representante autorizado, usted debe llenar este formulario y la persona que usted designe como su representante autorizado debe aceptar el nombramiento.

Independientemente de si existe un representante autorizado, es posible que la División de Apoyo a la Familia se comuniqué directamente con usted, según ésta lo juzgue pertinente.

YO, _____	Nº DE TELÉFONO: _____
DOMICILIO _____	DCN o SSN: _____

A TRAVÉS DE ESTE MEDIO NOMBRO A

NOMBRE: _____	Nº DE TELÉFONO: _____
DOMICILIO: _____	DIRECCIÓN DE E-MAIL: _____

PARA QUE ACTÚE COMO MI REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Se designa a esta persona u organización como mi representante autorizado para recibir correspondencia de la División de Apoyo a la Familia. SÍ NO

La persona u organización designada actuará con responsabilidad y compromiso en mi nombre con el siguiente propósito:

SOLICITUDES ACCIONES CONTINUAS DE LA AGENCIA AMBOS PROPÓSITOS

La persona u organización que he nombrado tiene el conocimiento necesario de mis circunstancias para llenar solicitudes, cumplir con una revisión anual o actuar en mi nombre, y no emitirá intencionalmente ninguna declaración falsa, ni tergiversará, ni ocultará información, ni omitirá informar de algún hecho o evento que sea necesario informar en apego a leyes, reglamentos o normas de este estado o de los Estados Unidos.

Comprendo que soy responsable de la información que mi representante autorizado proporcione, incluyendo la información que pudiera ser incorrecta.

FIRMA DEL SOLICITANTE/PARTICIPANTE	FECHA

Solicitud y autorización para divulgar Información Médica Protegida, entre otra:

Yo, _____, **A TRAVÉS DE ESTE MEDIO** solicito y autorizo a la División de Apoyo a la Familia que divulgue información a _____ para incluir las solicitudes de información necesarias para determinar la elegibilidad, los avisos de elegibilidad y el acceso a la información médica relacionada con esta solicitud, la revisión anual o las acciones de la agencia que atañen a la persona que anteriormente fue autorizada para recibir información. Nota: las solicitudes de información, los avisos de elegibilidad y la información médica protegida deben dirigirse a la persona mencionada anteriormente, no a la entidad que representa.

Esta solicitud de divulgación y autorización de divulgación estará vigente hasta la resolución final de la solicitud, la revisión anual o la acción de la agencia para la cual se presentó esta solicitud y autorización de divulgación, a menos que yo la anule por escrito antes de la solicitud final, la revisión anual o la resolución de la agencia.

Al solicitar y autorizar que se divulgue Información Médica Protegida (PHI), entiendo que la División de Apoyo a la Familia no es responsable de lo que ocurra con la información divulgada. Entiendo y reconozco que me ha sido proporcionada una copia de este formulario.

Continúa en la siguiente página



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

MO 886-4537 (10/17)

IM-1SSL

Continuación del Apéndice C:

Confirmación y aceptación del nombramiento del representante autorizado:	
YO, (ESCRIBA SU NOMBRE)	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO	
<p>tengo 18 años o más (no aplica a organizaciones) y tengo el conocimiento necesario de las circunstancias del solicitante/participante para llenar una solicitud, cumplir con una revisión anual o una acción en la agencia en su nombre. Yo (o esta organización) me comprometo/se compromete a no hacer intencionalmente ninguna declaración falsa, ni tergiversar, ni ocultar información, ni omitir informar sobre algún hecho o evento que sea necesario informar en apego a leyes, reglamentos o normas de este estado o de los Estados Unidos.</p> <p>Yo (o esta organización) acepto/acepta por este medio el nombramiento como representante autorizado durante el plazo y para el propósito antes mencionados. Protegeré (esta organización protegerá) la confidencialidad de toda la información que reciba mientras actúe como representante autorizado, de acuerdo con las leyes, reglamentos, ordenanzas y disposiciones federales, estatales y locales aplicables en materia de confidencialidad.</p>	
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA