

TN

Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos - Hojas adicionales para otros familiares

Escriba en letras mayúsculas de molde usando solo tinta negra o azul oscuro. Marque las casillas () así

Use estas hojas si tiene más de 2 personas en su familia que solicitan TennCare, CoverKids o un Programa de Ahorros de Medicare, como QMB/SLMB. **Antes de comenzar, haga copias de estas hojas para cada persona adicional en su familia.**

PASO 1: Persona 1 Esta es la persona que usted anotó como la PERSONA 1 en su Solicitud.

La PERSONA 1 es el Jefe de Familia Solicitud.

1. Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo (Jr., Sr., III) _____

2. Número de Seguro Social: ____ - ____ - _____

PASO 2: Díganos sobre las otras personas que viven con usted.

Complete el Paso 2 para cada persona adicional en su familia.

Si hay más personas en su familia, deberá hacer una copia de las hojas y adjuntarlas. O bien, puede imprimirlas desde nuestro sitio web en www.tn.gov/tenncare.

No tiene que proporcionar el estado de inmigración o un número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no quieren cobertura de seguro médico. Mantendremos privada y segura toda la información que usted nos proporcione, como lo dispone la ley. Usaremos información personal sólo para ver si califica para cobertura de seguro médico.

Cuando nos envíe su Solicitud y estas hojas, no olvide los comprobantes de ingresos. Esto podría ser cosas como talonarios de cheque de paga o estados de cuenta bancarios. Tener este comprobante puede ayudarnos a decidir más rápido si puede tener cobertura con nosotros.




PASO 2: Otro miembro de la familia

Díganos sobre los otros familiares.

Complete el Paso 2 para otros miembros de la familia que viven con usted. Esto incluye a cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales (si presenta una). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde seguir agregando a los miembros de la familia que vivan con usted.

1. Nombre	Segundo	Apellido	Sufijo
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	4. Relación con la Persona 1

5. **Número de Seguro Social (SSN)** ___ - ___ - ____ Si no, ¿en qué fecha esta persona lo solicitó? _____

 **Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) si esta persona quiere cobertura de seguro médico y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos el SSN para comprobar ingresos y otra información para ver quién califica para ayuda con los pagos de la cobertura de seguro médico. Si esta persona necesita ayuda para obtener un SSN, visite socialsecurity.gov, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Esta persona está solicitando cobertura de seguro médico con nosotros? Sí No Si no, por favor, conteste las preguntas 13, 23, 38-50, y 53-55.

7. Si es hispano/latinoamericano (Opcional - Marque todo lo que corresponda).

Mexicano Mexicano americano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro _____

8. Raza (OPCIONAL - Marque todo lo que corresponda.)

<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Asiático, otro	<input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico
<input type="checkbox"/> Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otra _____
	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro	
	<input type="checkbox"/> Chino		

9. ¿Alguna vez esta persona fue conocida por algún otro nombre? **Si sí:**

Nombre	Inicial	Apellido	Sufijo
--------	---------	----------	--------

10. Si es aprobado para TennCare Medicaid, hay tres planes de seguro médico de los que puede elegir. Trataremos de inscribirlo en el plan que usted elija. Si no elige uno ahora, nosotros escogeremos. Por lo general, los miembros de la familia se inscriben en el mismo plan. Elija el mismo plan de seguro médico para cada persona en esta Solicitud. **Yo quiero que mi plan de seguro médico sea:** AMERIGROUP BlueCare UnitedHealth Care Community Plan

Si es aprobado para CoverKids, su plan de seguro médico será Blue Care.

11. ¿Esta persona es residente de Tennessee? Sí No

12. ¿Está viviendo esta persona fuera del estado temporalmente?

Si sí, ¿esta persona planea regresar a Tennessee? Sí No Fecha en que esta persona planea regresar a Tennessee: _____ (mm/dd/aaaa)

13. Si esta persona es menor de 22 años, ¿cuál es su estado de matriculación escolar? **Sáltese esta pregunta si esta persona tiene 22 años o más de edad.**

Ninguno Menos de 6 horas/semana 6 o 7 horas/semana 8 a 11 horas/semana 12 o más horas/semana (tiempo completo)

14. Si esta persona es menor de 22 años de edad, ¿trabaja tiempo completo esta persona? Sí No **Sáltese esta pregunta si esta persona tiene 22 años o más de edad**

15. ¿Esta persona es **ciudadano estadounidense** o de **nacionalidad estadounidense**? Sí No Si sí, sáltese 16-22.

16. ¿Esta persona es ciudadano naturalizado o derivado? Sí No Si sí, conteste a. y b.

a. Número de extranjero: _____ b. No. de certificado: _____

17. **Si esta persona no es ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense,** ¿tiene un estado de inmigración elegible? Sí

a. ¿Cuál es su estado de inmigración? _____

¿En qué fecha obtuvo este estado? _____

Complete el tipo de documento y el número de identificación de esta persona a continuación. Tipo de documento:

<input type="checkbox"/> Número de extranjero	<input type="checkbox"/> Número I-94	<input type="checkbox"/> Número de tarjeta	<input type="checkbox"/> Número de pasaporte
<input type="checkbox"/> SEVIS ID	<input type="checkbox"/> No. de Certificado de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> No. de Certificado de Naturalización	<input type="checkbox"/> No. de Visa

Número de ID: _____ Fecha de vencimiento: _____ (mm/dd/aaaa)

b. ¿Tenía un estado de inmigración diferente antes? Sí No

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

18. ¿Esta persona o el cónyuge o uno de los padres de esta persona, es un veterano o un miembro del servicio activo del ejército estadounidense? Sí No

19. Si esta persona es indio nativo estadounidense o nativo de Alaska conteste 20-22. Si no, sáltese 20-22.

20. ¿Esta persona es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No **Si sí,** ¿cómo se llama la tribu? _____

21. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

22. ¿Esta persona califica para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

PASO 2: Otro miembro de la familia

Continúe con el otro miembro de la familia.

23. ¿Presentará esta persona una declaración de impuestos federal en el próximo periodo de declaración de impuestos? *Esta persona puede solicitar cobertura aunque no presente una declaración de impuestos federal.*
- SÍ.** Si sí, conteste las preguntas a – d. **NO.** Si no, sáltese la pregunta d.
- a. ¿Presentará esta persona conjuntamente con su cónyuge? Sí No
- Si sí, escriba el nombre de su cónyuge: _____
- b. ¿Reclamará esta persona algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
- Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- c. ¿Alguno de los dependientes de esta persona vive fuera de su hogar? Sí No
- Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- d. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
- Si sí, escriba el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es la relación entre la Persona 2 y el contribuyente?

-
24. ¿Es esta persona el cuidador principal de un niño menor de 19 años de edad? Sí No
- Si sí, ¿de quién? _____ ¿Cuál es su relación con la PERSONA 2? _____
-
25. ¿Esta persona está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 60 días? Sí No
- Si sí, ¿cuántos bebés está esperando en este embarazo? _____ ¿Cuál es su fecha de parto prevista? _____ (mm/dd/aaaa)
Está bien decirnos una fecha aproximada si no sabe con seguridad.
-
26. ¿Esta persona está inscrita o tiene derecho a inscribirse en Medicare Parte A o B? Sí No
-
27. ¿Esta persona ha sufrido un problema de salud de emergencia y necesita ayuda para pagar esos servicios de emergencia? Sí No
-
28. ¿Esta persona es menor de 26 años de edad y estaba en cuidado de acogida a los 18 años o más y vivía en Tennessee en ese momento? Sí No
-
29. ¿Esta persona es menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero? Sí No
-
30. ¿Está esta persona en el hospital y ha estado allí por lo menos 30 días? Sí No
- Si sí, díganos quién: _____ ¿Cuándo fue internado en el hospital? _____ (mm/dd/aaaa)
- Díganos el nombre del hospital en el que se encuentra: _____
- Díganos el nombre y número de teléfono del doctor: _____
-
31. ¿Vive en una casa de convalecencia? Sí No
- Si sí, ¿cómo se llama el lugar? _____
-
32. ¿Necesita atención para enfermos terminales (hospicio)? Sí No
-
33. ¿Esta persona es mayor de 65 años o es un adulto con discapacidades físicas y quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)?
- Sí No
- ¿Y si esta persona piensa que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Llame a la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) al 866-836-6678. De todas maneras esta persona debe completar esta solicitud, pero ellos pueden ayudarlo.
-
34. ¿Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo y quiere atención en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual o ICF/IID?
- Sí No
-
35. ¿Tiene discapacidades intelectuales y/o del desarrollo y desea recibir Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y participar en Employment and Community First CHOICES? Sí No
- ¿Y si esta persona piensa que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Entonces debe completar un referido en línea en:
<https://tcreq.tn.gov/tmtrack/ect/index.htm>.
-
36. ¿Tiene Medicare y desea obtener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare como QMB o SLMB? Sí No
-
37. ¿Recibió beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI en el pasado pero ahora no? Sí No
- Si sí, ¿cuándo terminó? _____
-
38. ¿Esta persona tiene gastos para cosas que le ayuden a trabajar porque es ciega o discapacitada? Sí No



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

PASO 2: Otro miembro de la familia

Información actual de empleo e ingresos

Información sobre el trabajo actual y los ingresos

Empleo: Si esta persona está empleada actualmente, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 39.

Desempleado:
Sáltese a la pregunta 49.

Empleo por cuenta propia:
Sáltese a la pregunta 50.

Trabajo actual 1:

39. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	40. Número de teléfono del patrón
41. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	42. ¿Cada cuándo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez		43. Promedio de horas trabajadas en cada periodo de paga. (Responda solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 42.)

Trabajo actual 2: (Si esta persona tiene otros trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

44. Nombre del empleador

a. Dirección del empleador

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	45. Número de teléfono del patrón
46. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$	47. ¿Cada cuándo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez		48. Promedio de horas trabajadas en cada periodo de paga. (Responda solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 47.)

49. **Otros ingresos que esta persona recibe este mes:** Marque todo lo que corresponda, y proporcione la cantidad y la frecuencia con que esta persona la recibe.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Trabajador del censo	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Comp. por desempleo	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	Fecha de la orden de pensión alimenticia _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Ing. netos agric./pesca
<input type="checkbox"/> Manutención de hijos	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	\$ _____ ¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____ ¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Ing. netos de alq/regalías
		\$ _____ ¿Frecuencia? _____
		<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos
		Tipo _____
		<input type="checkbox"/> Ingresos de lotería
		\$ _____ ¿Frecuencia? _____
		Otros ingresos
		Tipo _____
		\$ _____ ¿Frecuencia? _____

50. Si esta persona trabaja por cuenta propia, conteste las preguntas a-c.

- a. ¿A qué se dedica esta persona? _____
 b. ¿Qué tipo de trabajo por cuenta propia hace esta persona?? _____
 c. ¿Cuánto serán los ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) de esta persona por su trabajo por cuenta propia este mes? \$ _____



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

PASO 2: Otro miembro de la familia

Continúe diciéndonos acerca del otro miembro de la familia

51 ¿Alguien aparte de uno de sus padres (si esta persona es menor de 18 años de edad) o su cónyuge le ayuda a esta persona a pagar su comida O su vivienda cada mes? (La vivienda incluye gastos tales como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura o impuestos a la propiedad).

Sí No **Si sí, conteste las preguntas a-g.**

a. ¿Alguien que ayuda a pagar esto vive con esta persona? Sí No

b. ¿Con qué le ayuda a pagar a esta persona? _____

c. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ _____

d. ¿Cuánto paga esta persona? \$ _____

e. ¿Cuánto paga la otra persona? \$ _____

f. ¿Número de personas en el hogar? _____

g. ¿Todas las personas que viven con esta persona reciben algún tipo de asistencia pública? (La asistencia pública incluye Families First, SSI, Ayuda en Caso de Desastres y Emergencias (Disaster Relief and Emergency Assistance), pensión de la Administración de Veteranos (VA), Socorro y Asistencia de la VA, la Ley de Refugiados de 1980. También incluye la ayuda que esta persona recibe de los gobiernos estatales o locales para pagar cosas como vivienda, facturas de servicios públicos o teléfonos). Sí No

52. ¿Esta persona tiene facturas médicas o dentales por atención que recibió o pagó en los últimos 90 días? Sí No

a. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ _____

b. ¿Cuál fue la fecha del servicio? \$ _____

c. ¿A quién le envía los pagos esta persona? \$ _____

53. ¿Tiene esta persona gastos de vivienda o de servicios públicos, gastos de cuidado de dependientes o gastos de manutención? Sí No

54. ¿Esta persona tiene deducciones antes de impuestos? Sí No **Si sí, marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad que paga cada mes. Si no, sáltese a la pregunta 55.**

Seguro médico \$ _____ por mes

Seguro dental \$ _____ por mes

Seguro para atención de la vista \$ _____ por mes

Cuenta de gastos flexibles (planes de seguro médico y para dependientes) \$ _____ por mes

Trabajador del censo \$ _____ por mes

Compensación diferida \$ _____ por mes

Primas de seguros de vida antes de impuestos \$ _____ por mes

Otra deducción \$ _____ por mes
Tipo _____

55. ¿Esta persona tiene gastos que se pueden deducir en una declaración de impuestos? Sí No **Si sí, marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad que paga esa persona cada mes. Si no, sáltese esta pregunta.**

Pensión alimenticia pagada \$ _____ por mes

Fecha de la orden de pensión alimenticia _____

Intereses de préstamos estudiantiles pagados \$ _____ por mes

Matrícula y cuotas \$ _____ por mes

Gastos de educador \$ _____ por mes

Gastos de negocio \$ _____ por mes

Parte deducible del trabajo por cuenta propia \$ _____ por mes

Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ por mes

Gasto de mudanza militar \$ _____ Total

Otra deducción \$ _____ por mes

Tipo _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre los otros miembros de su familia.

Después de terminar de decirnos sobre cada persona de su familia, envíe estas hojas con el resto de su Solicitud.

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al 1-855-259-0701. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10May20

