IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Solicitud de asistencia

HW2000S
Rev. 12/17/2015 [Print]

Asistencia de alimentos

El Programa de Cupones para alimentos de Idaho (*Idaho Food Stamp Program)* es un programa de asistencia nutricional suplementaria que ayunda a las familias a comprar alimentos para una buena salud. Las familias elegibles reciben una tarjeta como la tarjeta débito para comprar alimentos. Los participantes pueden ser obligados a participar en los programas de trabajo y de cooperar con Manutención de Menores. Los beneficios se prorratean a partir de la fecha de solicitud.

Asistencia de seguro de salud

El Programa de asistencia para la cobertura médica ofrece asistencia en la cobertura médica de acuerdo con las necesidades individuales. Las familias elegibles pueden calificar para Medicaid o para pagos anticipados de créditos (APTC) de impuestos para ayudar a pagar las primas de cobertura de salud o planes privados asequibles de seguro médico.

Asistencia financiera

El Programa de asistencia temporal para las familias en Idaho proporciona ayuda con dinero en efectivo para situaciones de emergencia, familias con niños, y ancianos, ciegos, o discapacitados. Las familias elegibles reciben un pago una sola vez o continuo, dependiendo de las necesidades del hogar.

Asistencia para el cuidado infantil

El Programa de Cuidado infantil de Idaho ayuda a los padres y cuidadores a pagar una parte de sus costos de cuidado infantil mientras trabajan, van a la escuela o participan en actividades aprobadas de capacitación. Las familias elegibles reciben una parte de los costos de cuidado la cual se paga al proveedor.

Quién puede usar esta solicitud

Cualquier persona puede usar esta solicitud para:

- Solicitar ayuda para sí mismo y los integrantes de la familia
- Solicitar un solo tipo de ayuda o varios tipos de ayuda

Qué puede necesitar para hacer una solicitud

Enviar o traer prueba de los puntos a continuación le ayudará a acelerar su solicitud:

- Identdad
- Ingresos
- Gastos del hogar
- Recursos

Por qué pedimos esta información

Mantenemos toda la información privada y segura, como lo requiere la ley. Pedimos esta información por varias razones:

- Para averiguar para qué tipo de ayuda usted califica
- Para calcular la cantidad de ayuda para la que usted califica
- Para asegurarse de obtener la cantidad adecuada de asistencia basándose en su situación

Igualdad de oportunidades para los candidatos

De acuerdo con la ley federal y el Departamento de Agricultura de los EE.UU. (*USDA*) y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*HHS*) de los EE.UU., el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Bajo la Ley de cupones para Alimentos y la política del *USDA*, se prohíbe la discriminación basada en la religión o creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación, contacte al *USDA* o *HHS* en:

- U.S. Department of Agriculture
  Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
  1400 Independence Avenue, SW
  Washington, D.C. 20250-9410

  Fax: (202) 690.7442
  Correo electrónico: program.intake@usda.gov

- U.S. Department of Health & Human Services
  Room 506F, 200 Independence Avenue, SW
  Washington, D.C. 20201

  ocrcomplain@hhs.gov

  (202) 619.0403 (Voz)
  (202) 619.3257 (TTY)

Qué sucede después

Envíe su, solicitud firmada completa a la siguiente dirección. Las determinaciones de elegibilidad se basan en las normas y los requisitos que se refieren al programa que está solicitando. Le informaremos si usted es elegible o no, o le daremos instrucciones adicionales para completar su solicitud.

Self Reliance Programs - Statewide Application Team
PO Box 83720
Boise, ID 83720-0026
Fax: 1-866-434-8278
Correo electrónico: MyBenefits@dhw.idaho.gov

Obtenga ayuda con su solicitud

- **En linea:** healthandwelfare.idaho.gov
- **Teléfono:** 1-877-456-1233
- **Correo electrónico:** MyBenefits@dhw.idaho.gov
- **En persona:** Visite nuestro sitio de Internet o llame al 1-877-456-1233 para encontrar una oficina local.
- **Intérprete de idioma:** Llame al 1-877-456-1233 o TTY 1-800-377-3529

Información sobre usted (u otro adulto en el hogar quien será el contacto principal para esta solicitud)

Si sólo presenta una solicitud de Asistencia Alimentaria, no tiene que responder la pregunta 23 en la siguiente sección.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	2. Fecha de nacimiento	3. Nombres anteriores,si los hay

4. Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

5. Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

6. Teléfono durante el día	7. Tipo de teléfono (escoja uno) ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular	8. Si no tiene, ¿dónde le podemos dejar un mensaje? Teléfono:	9. Correo electrónico

10. Idioma preferido hablado (si no es inglés):	11. Idioma preferido para escribir/leer (si no es inglés):

12. ¿Quiere usted un intérprete si usted sea entrevistado (se le proporcionara uno sin costo alguno)? ☐ No ☐ Sí

13. ¿Le gustaría nombrar a una persona como su representante autorizado? ☐ No ☐ Sí. Complete **Apéndice A**.

Usted puede darle a un amigo de confianza, socio o tercero permiso representante de un partido como un "representante autorizado" para hablar con el personal del Departamento, ver su información y actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con su caso.

14.Tipo(s) de asistencia solicitada por usted: ☐ Alimentos ☐ Seguro de Salud del Estado ☐ Efectivo ☐ Cuidado infantil ☐ Ninguno

15. Número seguro social	16. Sexo ☐ M ☐ F	17. Estado civil ☐ Casado ☐ Sin casarse	18. ¿Embarazada? ☐ No ☐ Sí a. En caso afirmativo, fecha de parto b. ¿Cuántos?

19. Raza ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Negro/Afro americano ☐ Indio americano/Nativo de Alaska Nombre de la tribu: _____
☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Name of Tribe: _____

20. Hispano o Latino? ☐ No ☐ Sí 21. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? ☐ No ☐ Sí

22. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? ☐ No ☐ Sí. Complete preguntas de la a hasta la d.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____

La situación de extranjero está sujeta a verificación después de que se presente la información en su solicitud a USCIS. La respuesta por parte de USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de su hogar.

23. ¿Es usted planea presentar una declaración de impuestos federales para el *año actual?*

☐ No. Pasar a la pregunta c. ☐ Sí. Completar preguntas a, b, c.

a. ¿Es usted piensa presentarla junto con un cónyuge? ☐ No ☐ Sí. Complete partes i y ii. i. Nombre del cónyuge: _____

Si su hogar es aprobado para el Crédito Fiscal en la Prima y si decide comprar seguro médico por medio de Your Health Idaho (YHI), un adulto contribuyente al fisco será seleccionado como el titular principal de la cuenta en su hogar. Indique el esposo/a que desee seleccionar.

ii. Nombre del seleccionado titular principal de la cuenta: _____

b. ¿Es usted piensa reclamar dependientes? ☐ No ☐ Sí **De ser sí**, nombre de dependientes: _____

c. ¿Va a ser reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

☐ No ☐ Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración:

24. ¿Desea asistencia telefónica para su hogar? El Programa de asistencia de servicios de telecomunicaciones de Idaho (*ITSAP*) ayuda a pagar los costos de los servicios telefónicos mensuales. ☐ No. Vaya a la siguiente sección. ☐ Sí. Complete las siguientes preguntas.

a. Nombre de la compañía de teléfonos	b. Número telefónico	c. Nombre en la factura

Si usted está solicitando estampillas de comida, puede iniciar el proceso de solicitud de inmediato llenando esta página, firmarla y devolverla. Usted debe completar el resto de la aplicación y volver lo más pronto posible para recibir una determinación de beneficios. Su fecha de presentación es la fecha en que recibimos una solicitud con su nombre, dirección y firma.

25. **Si está aplicando para Cupones de Alimentos,** alguna de las siguientes situaciones corresponden con la situación de su hogar (marque lo que corresponda)?

☐ Su hogar tendrá menos de $150 de ingresos y de menos de $100 recursos líquidos (dinero en efectivo, cheques, ahorros) este mes
☐ Ingresos y recursos de su hogar son menos de los gastos de vivienda y servicios públicos mensuales
☐ Su hogar incluye a un trabajador agrícola migrante o de temporada

Si cumple con los requisitos, los beneficios de Cupones de Alimentos de emergencia pueden empezar dentro de 7 días siguientes a la fecha de esta solicitud.

Firma del solicitante/representante autorizado para solicitar Cupones de Alimentos _____ Fecha _____

Información acerca de quiénes viven en su hogar

A quién tiene que incluir en esta solicitud

- Independientemente de los tipos de asistencia que está solicitando, necesitamos información acerca de ***todos*** los que viven en la dirección física que anotó en la sección "Información sobre usted" arriba.
- Si la solicitud de asistencia cobertura de salud para cualquier persona menor de 65 años y no discapacitados, necesitamos información acerca de todo el mundo va a incluir en su declaración de impuesto federal para este año, incluso si no viven con usted. Tenga en cuenta que no es necesario presentar los impuestos para obtener la cobertura de salud.

Información que es opcional o no es necesaria

- Número de Seguro Social - opcional para las personas que no solicitan, y para las personas que solicitan cobertura médica de emergencia o asistencia de cuidado infantil
- Raza - opcional para todos los tipos de asistencia
- Hispano o Latino - opcional para todos los tipos de asistencia
- Ciudadanía de los EE.UU., y estatus migratorio - opcional para las personas que no solicitan asistencia

Información sobre todos los que viven en su hogar

Cuéntenos acerca de cada persona que vive con usted en la dirección que escribió en la sección "información sobre usted" en la página 1. Si solicita cobertura de salud para cualquier persona menor de 65 años y no discapacitados, cuéntenos acerca de todas las personas incluidas en su declaración de impuestos federales. Consulte la página 1 para obtener más información. Si sólo presenta una solicitud de Asistencia Alimentaria, no tiene que responder la pregunta 14 en la siguiente sección.

Persona 1

1. Tipo(s) de asistencia solicitada por esta persona: ☐Alimentos ☐Seguro de Salud del Estado ☐Efectivo ☐Cuidado infantil ☐Ninguno

2. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	3. Nombres anteriores, si los hay	4. Relación con usted

5. Número seguro social	6. Fecha de nacimiento	7. Sexo	8. Estado civil	9. ¿Embarazada? a. En caso afirmativo, fecha de parto b. ¿Cuántos?
		☐ M ☐ F	☐ Casado ☐ Sin casarse	☐ No ☐ Sí

10. Raza ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Nombre de la tribu _____
☐ Negro/Afro americano ☐ Indio americano/Nativo de Alaska Nombre de la tribu _____

11. Hispano o Latino? ☐ No ☐ Sí

12. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? (Saltar #12 & 13 si no solicita ayuda) ☐ No ☐ Sí

13. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? ☐ No ☐ Sí. Complete preguntas de la a hasta la b.

a.Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____

La situación de extranjero está sujeta a verificación después de que se presente la información en su solicitud a USCIS. La respuesta por parte de USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de su hogar.

14. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el *año actual?*

☐ No. Pasar a la pregunta c. ☐ Sí. Completar preguntas a, b, c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

☐ No ☐ Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración:

Persona 2

1. Tipo(s) de asistencia solicitada por esta persona: ☐Alimentos ☐Seguro de Salud del Estado ☐Efectivo ☐Cuidado infantil ☐Ninguno

2. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	3. Nombres anteriores, si los hay	4. Relación con usted

5. Número seguro social	6. Fecha de nacimiento	7. Sexo	8. Estado civil	9. ¿Embarazada? a. En caso afirmativo, fecha de parto b. ¿Cuántos?
		☐ M ☐ F	☐ Casado ☐ Sin casarse	☐ No ☐ Sí

10. Raza ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Nombre de la tribu _____
☐ Negro/Afro americano ☐ Indio americano/Nativo de Alaska Nombre de la tribu _____

11. Hispano o Latino? ☐ No ☐ Sí

12. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? (Saltar #12 & 13 si no solicita ayuda) ☐ No ☐ Sí

13. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? ☐ No ☐ Sí. Complete preguntas de la a hasta la b.

a.Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____

La situación de extranjero está sujeta a verificación después de que se presente la información en su solicitud a USCIS. La respuesta por parte de USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de su hogar.

14. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el *año actual?*

☐ No. Pasar a la pregunta c. ☐ Sí. Completar preguntas a, b, c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

☐ No ☐ Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración:

Persona 3

1. Tipo(s) de asistencia solicitada por esta persona: ☐Alimentos ☐Seguro de Salud del Estado ☐Efectivo ☐Cuidado infantil ☐Ninguno

2. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	3. Nombres anteriores, si los hay	4. Relación con usted

5. Número seguro social	6. Fecha de nacimiento	7. Sexo	8. Estado civil	9. ¿Embarazada? a. En caso afirmativo, fecha de parto b. ¿Cuántos?
		☐ M ☐ F	☐ Casado ☐ Sin casarse	☐ No ☐ Sí

10. Raza ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Nombre de la tribu _____
☐ Negro/Afro americano ☐ Indio americano/Nativo de Alaska Nombre de la tribu _____

11. Hispano o Latino? ☐ No ☐ Sí

12. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? (Saltar #12 & 13 si no solicita ayuda) ☐ No ☐ Sí

13. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? ☐ No ☐ Sí. Complete preguntas de la a hasta la b.

a.Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____

La situación de extranjero está sujeta a verificación después de que se presente la información en su solicitud a USCIS. La respuesta por parte de USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de su hogar.

14. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el *año actual?*

☐ No. Pasar a la pregunta c. ☐ Sí. Completar preguntas a, b, c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

☐ No ☐ Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración:

Continúe con cada persona que vive con usted. Para más información sobre a quién debe incluir, vea la página 1.

Persona 4 1. Tipo(s) de asistencia solicitada por esta persona: ☐Alimentos ☐Seguro de Salud del Estado ☐Efectivo ☐Cuidado infantil ☐Ninguno

2. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	3. Nombres anteriores, si los hay	4. Relación con usted

5. Número seguro social	6. Fecha de nacimiento	7. Sexo	8. Estado civil	9. ¿Embarazada? a. En caso afirmativo, fecha de parto b. ¿Cuántos?
		☐ M ☐ F	☐ Casado ☐ Sin casarse	☐ No ☐ Sí

10. Raza ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Nombre de la tribu _____
☐ Negro/Afro americano ☐ Indio americano/Nativo de Alaska Nombre de la tribu _____

11. Hispano o Latino? ☐ No ☐ Sí | 12. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? (Saltar #12 & 13 si no solicita ayuda) ☐ No ☐ Sí

13. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? ☐ No ☐ Sí. Complete preguntas de la a hasta la b.

a.Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____

La situación de extranjero está sujeta a verificación después de que se presente la información en su solicitud a USCIS. La respuesta por parte de USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de su hogar.

14. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el *año actual?*

☐ No. Pasar a la pregunta c. ☐ Sí. Completar preguntas a, b, c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

☐ No ☐ Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración:

Persona 5 1. Tipo(s) de asistencia solicitada por esta persona: ☐Alimentos ☐Seguro de Salud del Estado ☐Efectivo ☐Cuidado infantil ☐Ninguno

2. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	3. Nombres anteriores, si los hay	4. Relación con usted

5. Número seguro social	6. Fecha de nacimiento	7. Sexo	8. Estado civil	9. ¿Embarazada? a. En caso afirmativo, fecha de parto b. ¿Cuántos?
		☐ M ☐ F	☐ Casado ☐ Sin casarse	☐ No ☐ Sí

10. Raza ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islas del Pacífico Nombre de la tribu _____
☐ Negro/Afro americano ☐ Indio americano/Nativo de Alaska Nombre de la tribu _____

11. Hispano o Latino? ☐ No ☐ Sí | 12. ¿Ciudadano de los EE.UU. o nacional? (Saltar #12 & 13 si no solicita ayuda) ☐ No ☐ Sí

13. Si no es ciudadano de EE.UU. o nacional, ¿tiene esta persona estatus migratorio elegible? ☐ No ☐ Sí. Complete preguntas de la a hasta la b.

a.Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número documento ID: _____

La situación de extranjero está sujeta a verificación después de que se presente la información en su solicitud a USCIS. La respuesta por parte de USCIS puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios de su hogar.

14. ¿Esta persona planea presentar una declaración de impuestos federales para el *año actual?*

☐ No. Pasar a la pregunta c. ☐ Sí. Completar preguntas a, b, c.

a. ¿Esta persona piensa presentarla junto con un cónyuge? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona piensa reclamar dependientes? ☐ No ☐ Sí De ser sí, nombres de dependientes: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

☐ No ☐ Sí **De ser sí**, nombre de quien presenta la declaración:

Díganos acerca de un acontecimiento reciente en su vida que califique

Si solicita la asistencia para la cobertura de salud, complete el **Apéndice C**. Esta información se utilizará para determinar su elegibilidad para el Anticipo de Crédito Fiscal Premium (APTC). Usted no tiene que proporcionar esta información si sólo solicita Asistencia Alimentaria.

Cuéntenos acerca de la situación de su hogar

Si sólo solicita Asistencia Alimentaria, omita la pregunta 8 en esta sección.

1. Hay alguien en su hogar indio americano o nativo de Alaska? ☐ No ☐ Sí a. En caso afirmativo, ¿quién?

2. ¿Alguien en su hogar está solicitando o ya recibe productos tribales? ☐ No ☐ Sí a. En caso afirmativo, ¿quién?

3. ¿Alguien en su hogar está solicitando o ya reciben cuidado de crianza o asistencia de adopción? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, ¿quién?

4. ¿Alguien en Idaho sirvió de acogida temporal cuando cumplió 18 años? ☐ No ☐ Sí a. En caso afirmativo, ¿quién?

5. ¿Alguien en su hogar recibe actualmente asistencia de otro Estado? ☐ No ☐ Sí. En caso afirmativo, cuándo, dónde y el tipo

a. (Fecha) Mes/Año	b. Ciudad	Estado	Condado
Desde: Hasta:			

c. Tipo de asistencia recibida

6. ¿Hay alguien en su hogar de 65 años o discapacitado ? ☐ No ☐ Sí a. En caso afirmativo, quién?

7. ¿Alguno de los solicitantes tiene una solicitud pendiente de discapacidad del Seguro Social? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién?

8. ¿Alguno de los solicitantes necesita servicios médicos en casa? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién?

9. ¿Alguno de los solicitantes vive en un centro de atención médica? ☐ No ☐ Sí

a. En caso afirmativo, quién?	b. Nombre del centro	c. Tipo de establecimiento ☐ Asilo de anciano ☐ Cuidado en el hogar ☐ Otro	d. Teléfono

10. ¿Alguno de los que aparece en esta solicitud está encarcelado? ☐ No ☐ Sí a. En caso afirmativo, quién?

Continúe reportándonos su situación familiar

Si sólo solicita Asistencia Alimentaria, omita la pregunta 10 en esta sección.

Si solo está solicitando cuidado de salud, y todos los miembros del hogar tienen menos de 65 años y no están discapacitados, **vaya a la pagina # 5.** De lo contrario, complete esta sección. Si sólo solicita Asistencia Alimentaria, omita la pregunta 10 en esta sección.

1. ¿Alguien en su hogar se descalifica de la asistencia pública debido a un incumplimiento intencional del programa? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién? b. Cuando: c. Estado:

2. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por un delito que involucre drogas? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién? b. When:

3. ¿Hay alguien huyendo para evitar procesamiento por delito grave o tiempo en la cárcel? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién?

4. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por cambiar Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién?

5. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por la compra o venta de cupones de alimentos por más de $500? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién?

6. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por recibir los beneficios de cupones para alimentos duplicados en cualquier estado? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién?

7. ¿Hay alguien actualmente violando las condiciones de la libertad condicional o período de prueba? ☐ No ☐ Sí
a. En caso afirmativo, quién?

8. Utilice la tabla siguiente para especificar los nombres de alguno de los solicitantes entre las edades de 16 y 19 que asiste a la escuela secundaria.

Nombre del estudiante	Nombre de la escuela secundaria	Fecha prevista de graduacion

9. Utilice la tabla siguiente para especificar los nombres de alguno de los solicitantes entre las edades de 18 y 49 años que asiste a la universidad.

Nombre del estudiante	Nombre de la universidad	Estado del estudiante	Estudia y trabaja
		☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial	☐ No ☐ Sí
		☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial	☐ No ☐ Sí
		☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial	☐ No ☐ Sí

10. Si usted tiene niños en la casa, ¿están vacunados? ☐ No ☐ Sí

11. ¿Si tiene niños en su casa, alguno de ellos tiene un padre que NO vive con ellos? ☐ No ☐ Sí. Si es así, díganos quién.

Nota: *Se debe abrir un caso de apoyo médico para padres que no tienen la custodia en nombre de un hijo menor de edad, si uno o ambos padres no están en la casa. Usted debe cooperar con los servicios de apoyo infantil a menos que usted tema perjudicarse a usted mismo o a sus hijos como resultado de la apertura del caso de apoyo médico.*

☐ Marque esta casilla si teme causar daño a usted o a sus hijos como consecuencia de la apertura de un caso de asistencia médica.

Nombre del niño/a	Nombre del padre sin la custodia	Número de seguro social del padre sin la custodia	Fecha de nacimiento del padre sin la custodia

Cuéntenos acerca de los ingresos de su hogar (requerido para todos los tipos de asistencia)

Indique todos los ingresos que se reciben en su casa. Nos interesa saber sobre los últimos 30 días, así como el dinero que se recibe trimestral o anualmente. El ingreso es dinero ganado (sueldo o salario) de un empleo o trabajo por cuenta propia, o no ganado de fuentes como Seguro Social, manutención de niños, beneficios de desempleo, regalos, ingresos por alquiler, ingresos de jubilación, pagos de juegos de azar tribales, Asistencia General de la Oficina de Asuntos Indígenas (BIA), derechos de minerales y aceite, Tribal TANF, per cápita Federal (de los fondos de juicio), Distribuciones en efectivo de la corporación de Nativos de Alaska, o arrendamientos o fideicomisos de tierras tribales o de propiedad individual, etc.

Ingresos 1

1. Nombre de la persona con el ingreso:

Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.

2. Nombre del empleador	3. Teléfono del empleador	4. Promedio de horas trabajadas cada semana

5. Salarios/propinas (antes de impuestos)

$ _____ pagado ☐ por hora ☐ por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año

6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) ☐ No ☐ Sí ¿Por qué?

Ingresos de su negocio propio - Escriba acerca de cualquier ingreso que esta persona obtiene de un negocio propio.

7. Nombre del negocio	a. Tipo de trabajo	b. Años en el negocio	c. Ingreso neto estimado este mes

Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.

8. Fuente de ingreso	b. Cantidad	c. Pagado con qué frecuencia
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año

Ingresos 2

1. Nombre de la persona con el ingreso:

Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.

2. Nombre del empleador	3. Teléfono del empleador	4. Promedio de horas trabajadas cada semana

5. Salarios/propinas (antes de impuestos)

$ _____ pagado ☐ por hora ☐ por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año

6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) ☐ No ☐ Sí ¿Por qué?

Ingresos de su negocio propio - Escriba acerca de cualquier ingreso que esta persona obtiene de un negocio propio.

7. Nombre del negocio	a. Tipo de trabajo	b. Años en el negocio	c. Ingreso neto estimado este mes

Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.

8. Fuente de ingreso	b. Cantidad	c. Pagado con qué frecuencia
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año

Ingresos 3

1. Nombre de la persona con el ingreso:

Ingreso por un trabajo - Escriba cualquier ingreso que esta persona recibe por hacer un trabajo.

2. Nombre del empleador	3. Teléfono del empleador	4. Promedio de horas trabajadas cada semana

5. Salarios/propinas (antes de impuestos)

$ _____ pagado ☐ por hora ☐ por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año

6. Se espera que cambien los ingresos (aumento, cambio de horas, etc.) ☐ No ☐ Sí ¿Por qué?

Ingresos de su negocio propio - Escriba acerca de cualquier ingreso que esta persona obtiene de un negocio propio.

7. Nombre del negocio	a. Tipo de trabajo	b. Años en el negocio	c. Ingreso neto estimado este mes

Ingreso de otras fuentes - Escriba cualquier otra fuente de ingreso para esta persona, como Seguro Social, manutención de menores, etc.

8. Fuente de ingreso	b. Cantidad	c. Pagado con qué frecuencia
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año
_____	_____	☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Cada mes ☐ Cada año

Ingreso anual esperado (AAI)

Si solicita la asistencia para la cobertura de salud, debe completar el **Apéndice D**. Usted no tiene que proporcionar esta información si sólo solicita Asistencia Alimentaria.

Si solo está solicitando cuidado de salud, y todos los miembros del hogar tienen menos de 65 años y no están discapacitados, **vaya a la pagina # 8.** De lo contrario, complete esta página.

Cuéntenos sobre sus vehículos, recursos, y propiedades

1. Vehículos motores - Cuéntenos acerca de todos los vehículos, incluyendo automóviles, camiones, motocicletas, remolques, embarcaciones, motos de nieve y otros vehículos recreativos que posee su familia.

Propietario	Año, marca, y modelo	Valor actual	Uso principal de este vehículo (elija uno)
			☐ Negocios ☐ Ir al trabajo ☐ Buscar trabajo ☐ Médico ☐ Recreacional ☐ Residencial ☐ Producir ingresos ☐ Personal (otro)
			☐ Negocios ☐ Ir al trabajo ☐ Buscar trabajo ☐ Médico ☐ Recreacional ☐ Residencial ☐ Producir ingresos ☐ Personal (otro)
			☐ Negocios ☐ Ir al trabajo ☐ Buscar trabajo ☐ Médico ☐ Recreacional ☐ Residencial ☐ Producir ingresos ☐ Personal (otro)

2. Recursos - Cuéntenos acerca de todos los recursos que posee su hogar, incluyendo dinero en efectivo a la mano, cuentas corrientes y de ahorro, acciones, bonos, fondos mutuos, 401Ks, IRAs, fideicomisos, CDs, seguros de vida, fondos de entierro, etc.

Nombre/propietario del recurso	Tipo de recurso	Nombre de institución financiera	Número de cuenta	Valor actual

3. Propiedades - Cuéntenos acerca de todas las demás propiedades (incluyendo su casa) de propiedad de cualquier persona que viva en su casa.

Nombre/propietario de la propiedad	Tipo de propiedad	Dirección de la propiedad	Valor	Uso principal de la propiedad (elija uno)
				☐ Casa ☐ Ingreso por alquiler ☐ Negocio/trabajo por cuenta propia ☐ Otro:
				☐ Casa ☐ Ingreso por alquiler ☐ Negocio/trabajo por cuenta propia ☐ Otro:
				☐ Casa ☐ Ingreso por alquiler ☐ Negocio/trabajo por cuenta propia ☐ Otro:

4. Venta o transferencia de recursos y bienes - Cuéntenos de las personas de su hogar que hayan vendido, transferido o donado dinero en efectivo, propiedades u otros activos en los últimos cinco años.

Nombre	Fecha de transacción	Qué bienes	Cantidad recibida	Valor del mercado

Si solo está solicitando cuidado de salud, y todos los miembros del hogar tienen menos de 65 años y no están discapacitados, **vaya a la pagina # 8.** De lo contrario, complete esta página.

Cuéntenos de sus gastos del hogar

Sus Cupones de Alimentos pueden aumentar si tiene gastos como el cuidado de niños o adultos, paga manutención por niños menores que no viven con usted, costos de vivienda, gastos médicos (incluyendo recetas) para personas con discapacidad o mayores de 65 años, y gastos de servicios públicos. Sin embargo, si no reporta o verifica cualquiera de estos gastos, se entenderá que no desea una deducción por los gastos no reportados o no verificados.

1. Gastos de Vivienda - Cuéntenos acerca de sus gastos recurrentes. Cuando nos diga la cantidad de cada gasto, incluya sólo la cantidad que **usted** paga. Si los pagos de su hipoteca incluyen otros pagos, como el riego, impuestos de propiedad, cuotas de *HOA*, etc., sáquelos y regístrelos por separado a continuación.

Renta por mes	Hipoteca por mes	2a hipoteca por mes	Alquiler espacio por mes
$	$	$	$
Riego	Impuesto de propiedad	Cuotas *HOA*	Seguro de propiedad
$ por	$ por	$ por	$ por

Marque las casillas a continuación para cada servicio que paga que NO está incluido en el alquiler o la hipoteca:

☐ Calefacción ☐ Aire acondicionado ☐ Agua ☐ Alcantarillado ☐ Basura ☐ Teléfono

Nombre del propietario	Número de contacto del propietario

2. Gastos de cuidado de dependientes - Utilice el siguiente espacio para contarnos acerca de cualquier cuidado de niños, cuidado de adultos discapacitados o cuidado de ancianos.

Nombre del dependiente	Cargo total por cuidado	Cantidad que usted paga	Con qué frecuencia paga
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor		Teléfono del proveedor
Nombre del dependiente	Cargo total por cuidado	Cantidad que usted paga	Con qué frecuencia paga
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor		Teléfono del proveedor
Nombre del dependiente	Cargo total por cuidado	Cantidad que usted paga	Con qué frecuencia paga
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor		Teléfono del proveedor

3. Gastos de manutención infantil - Use el siguiente espacio para hablarnos de cualquier gasto o retraso en gastos de manutención infantil ordenados que paga a alguien que no está en su casa.

Nombre de la persona con el gasto	Cantidad	Nombre de la persona que recibe el pago	¿Con qué frecuencia paga?
	$		
	$		
	$		

4. Gastos individuales - Use el siguiente espacio para indicar los gastos individuales sólo del individuo en su hogar es mayor de 65 años (mayor de 60 años por Cupones de Alimentos) o discapacitado. Los gastos permitidos incluyen algunos gastos médicos, y primas de seguro de salud.

Nombre de la persona con el gasto	Tipo de gasto	Cantidad	¿Con qué frecuencia paga?
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	
		$	

Cuéntenos acerca de su situación respecto a la cobertura de salud

Si sólo solicita Asistencia Alimentaria, omita esta sección.

1. ¿Hay alguien que esté solicitando cobertura de salud quiere ayuda para pagar los gastos médicos de los últimos **3 meses**?
☐ No. Pase al #2. ☐ Sí. Complete las preguntas a. y b.

a. Si la respuesta es afirmativa, díganos quién

b. Si la respuesta es afirmativa, cuéntanos por cuál de los últimos 3 meses necesita ayuda, y indique el ingreso bruto del hogar (antes de impuestos) recibido por su familia en cada uno de los últimos tres meses:

Mes (nombre)	Suma ($)	Mes (nombre)	Suma ($)	Mes (nombre)	Suma ($)

2. Para todos los niños (menores de 19) que están aplicando, nos dicen si están recibiendo actualmente la cobertura de salud y qué servicios están cubiertos por ese seguro de salud. Marque todos los servicios que aplican.

Niño 1

Nombre del niño asegurado

☐ Servicios de hospital como paciente internado / externo

☐ Servicios de médicos / quirúrgicos ☐ Servicios de lab. ☐ Servicios de rayos X ☐ Ninguna de las anteriores

Niño 2

Nombre del niño asegurado

☐ Servicios de hospital como paciente internado / externo

☐ Servicios de médicos / quirúrgicos ☐ Servicios de lab. ☐ Servicios de rayos X ☐ Ninguna de las anteriores

Niño 3

Nombre del niño asegurado

☐ Servicios de hospital como paciente internado / externo

☐ Servicios de médicos / quirúrgicos ☐ Servicios de lab. ☐ Servicios de rayos X ☐ Ninguna de las anteriores

Niño 4

Nombre del niño asegurado

☐ Servicios de hospital como paciente internado / externo

☐ Servicios de médicos / quirúrgicos ☐ Servicios de lab. ☐ Servicios de rayos X ☐ Ninguna de las anteriores

3. ¿Cualquier persona que solicite la asistencia de cobertura de salud que actualmente reciben la cobertura de cualquiera de los siguientes?
☐ No ☐ Sí. De ser sí, marque abajo el tipo de cobertura y anote el nombre de la(s) persona(s) enseguida del tipo de cobertura.

☐ CHIP ¿Quién? _____
☐ Medicare ¿Quién? _____
☐ TRICARE ¿Quién? _____
☐ Seguro del empleados ¿Quién? _____
(De ser sí, Llene el **Apéndice B**.)
☐ VA Health Care ¿Quién? _____
☐ Peace Corps ¿Quién? _____

4. ¿Alguien tiene acceso al seguro de salud por el trabajo? Marque "sí" aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona como un padre o cónyuge.
☐ No ☐ Sí. De ser sí, Llene el **Apéndice B**.

Derechos y responsabilidades

Entiendo que...

(Escriba sus iniciales en cada declaración abajo)

_____ **Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y exacta. Podría ser sancionado y obligado a devolver cualquier beneficio que reciba si mi información no es cierta. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles o penales en mi contra, incluyendo procedimientos legales.**

_____ **Doy mi consentimiento para la recopilación y utilización de datos sobre los ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos para determinar la elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los próximos años (hasta 5 años). Recibiré una notificación cuando esto ocurra, podré hacer cambios, y podré retirar mi consentimiento en cualquier momento.**

_____ Doy mi consentimiento para la recopilación, uso y divulgación de mi información por parte del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o sus designados. Entiendo que la información es necesaria para el propósito de proporcionar beneficios o servicios, obtener el pago de mis beneficios o servicios, y para las operaciones comerciales normales del Departamento.

_____ Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el Departamento ya haya utilizado y divulgado mi información de acuerdo a este consentimiento. Si revoco este consentimiento, es posible que el Departamento no pueda proporcionar más beneficios o servicios.

_____ Me notificarán del derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación.

_____ Al solicitar beneficios para un menor, se debe abrir un caso de manutención médica, si aplica. Si estoy recibiendo beneficios para mí, el no cooperar con los Servicios de Manutención infantil puede dar lugar a una pérdida o disminución de mis beneficios.

_____ Si recibo un pago de manutención infantil por error, los Servicios de Manutención infantil retendrán los pagos futuros para recuperar la cantidad a menos que yo presente instrucciones escritas para lo contrario.

_____ Al solicitar asistencia de calefacción y energía, autorizo al Departamento a solicitar información y/o divulgar la información necesaria a las empresas que me proveen servicios públicos con el propósito de determinar mi elegibilidad y proporcionar beneficios o servicios hasta que deje de ser elegible o solicite poner fin a la beneficios o servicios.

_____ Si estoy determinado elegible para Medicaid, el plan que será inscrito en depende de mis necesidades individuales.

_____ Si determinan que soy elegible para Medicaid, puedo ser responsable de pagar una parte del costo de la cobertura de salud de mi hijo, y seré notificado de la cantidad de mi co-pago.

_____ Mi firma o la firma de mi representante, autoriza a las oficinas estatales para comunicarse con las compañías de seguros relacionados con mi asistencia médica o la de mi niño.

_____ Tengo el derecho de elegir el médico de atención primaria de *Healthy Connections*, para solicitar remisiones para los servicios, y para cambiar el médico/clínica si mis circunstancias cambian.

_____ Si recibo Medicaid después de los 55 años de edad, mi patrimonio puede estar sujeto a la recuperación de los gastos médicos pagados por mí, y que cualquier transferencia de activos puede ser anulada por una corte si no recibo el valor adecuado.

_____ Si un partido tercero es responsable de la enfermedad o lesión de mi hijo, le doy a Medicaid cualquier derecho que pueda tener, o puedan adquirir en el futuro, a ser indemnizados por la parte responsable de los beneficios médicos que recibo para mi /para mis hijos.

_____ Si recibo Asistencia para la cobertura médica, tengo la obligación de informar los cambios obligatorios específicos que se requieren para ese programa descrito en la Notificación de aprobación.

_____ Pueden requerirme que coopere con los revisores estatales o federales que se aseguran de que mis beneficios sean correctos. Puede que no sea elegible para recibir beneficios si no coopero.

_____ Para recibir asistencia alimentaria, me pueden exigir que participe en programas de trabajo. El no hacerlo puede resultar en la pérdida o disminución de los beneficios.

_____ Es ilegal entregar mi tarjeta *Quest EBT* o negociar los beneficios de mi tarjeta por dinero en efectivo, armas de fuego, drogas, u otros bienes y servicios. Las sanciones incluyen multas, prisión e inhabilitación de beneficios futuros.

_____ Si recibo asistencia en efectivo (*TAFI*), no puedo retirar beneficios en efectivo, ni utilizar fondos de beneficios en efectivo para comprar productos y servicios, en establecimientos de juego, tiendas de licores y tabaco, lugares de entretenimiento para adultos, otros establecimientos que prohíben a personas menores de 18 años, ni un tatuaje, perforación del cuerpo, ni otros salones de marca.

_____ Si se ha decidido que soy elegible para el Pago anticipado de la prima del Crédito de impuesto (*APTC*) y uso estos fondos para la compra de un plan médico calificado (*QHP*), se conciliará cualquier discrepancia entre mi ingreso reportado, el cual fue utilizado para determinar la elegibilidad y el monto del crédito de impuestos, con el ingreso final reportado en mis impuestos al final del año calendario. El *IRS* será responsable de la realización de esta conciliación, y cualquier discrepancia puede dar lugar a un ajuste del crédito de impuestos, incluyendo el derecho a fondos adicionales o reembolso de los fondos pagados que me hayan pagado de más.

_____ Mi firma indica que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento.

Antes de llenar esta solicitud, asegúrese de que:

- **Si quiere que alguien que sea su representante autorizado, llene el Apéndice A.**
- **Si alguien en su hogar tiene acceso a seguro de salud de un puesto de trabajo, incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o un cónyuge, o si usted actualmente tiene seguro de salud a partir de un trabajo, debe completar el Apéndice B.**
- **Si alguien en su hogar solicita la cobertura de salud, complete los Apéndices C y D.**

Firma (Requerido)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Mi firma confirma que he leído y entiendo los Derechos y Responsabilidades de los que aparecen en esta página y entiendo mis requisitos de reporte de cambios.

_____ _____

Firma del solicitante/representante autorizado — Fecha

_____ _____

Firma del solicitante/representante autorizado — Fecha

Apéndice A

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Formulario de representante autorizado

Usted puede nombrar a una persona como representante autorizado.

Usted puede dar autorización a una persona de confianza, como un amigo, socio o un tercero permiso representante de un partido para hablar acerca de esta solicitud con nosotros, ver su información, y actuar en su nombre en todas las cuestiones relacionadas con esta solicitud, incluyendo la obtención de información acerca de su solicitud y firmar la solicitud en su nombre. Esta persona se llama un "representante autorizado."

Si alguna vez necesita cancelar o cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con el Departamento.

Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presentar una prueba con la solicitud.

Díganos a quién desea nombrar como su representante autorizado

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido

Dirección	Número de apartamento o suite

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Teléfono	Tipo de teléfono (elija uno)	Correo electrónico
	☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Celular	

Nombre de la organización (si es un tercero representante)	ID de la organización (si aplica)

Al firmar, usted autoriza a que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud, y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con el Departamento.

Firma del solicitante

Fecha

Apéndice B

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Cobertura de salud del trabajo

Completar este apéndice si alguien en la familia tiene acceso o actualmente está cubierto por la cobertura de salud. Adjunte una copia de esta página para cada puesto de trabajo que ofrece cobertura. No tiene que completar este apéndice si sólo solicita Asistencia Alimentaria.

Información del empleado

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Número de seguro social

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Teléfono	Correo electrónico

Enumere todas las personas que son elegibles para la cobertura de este trabajo: _____

¿Perdió la oportunidad de inscribirse durante el periodo de inscripción para cobertura de salud en su empleo y tiene ahora que esperar hasta el próximo periodo de inscripción?

☐ Sí. Si contestó sí, NO conteste la siguiente pregunta. ☐ No

Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿Cuándo puede inscribirse en la cobertura (MM/DD/AAAA)? _____

Información el plan de salud (debe ser completado por el empleador)

1. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo? * ☐ Sí ☐ No

2. ¿El plan cumple con la cobertura mínima esencial?** ☐ Sí ☐ No

Para el plan de menor costo que cumpla con el valor mínimo estándar* ofrecido **sólo para el empleado** (no incluya planes familiares):

3. Si el empleador tiene programas de salud, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas para este plan? $ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Trimestral ☐ Anual

Información del empleador

Nombre de empleador	Teléfono	Correo electrónico

Nombre de la Persona Completando esta Forma

¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo (si es diferente)?

Firma (Requerido)

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que he proporcionado es verdadera y completa.

Firma del empleador _____ Fecha _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación de los costos de los beneficiospermitidos totales cubiertos por el plan del plan es no menor del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

** Un plan médico patrocinado por el empleado cumple con la "cobertura mínima esencial" si cumple con los beneficios médicos esenciales definidos en el 1302(a) de la Ley de atención médica asequible.

Apéndice C

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Díganos acerca de un acontecimiento reciente en su vida que califique

Si alguien en su casa solicita la asistencia para la cobertura de salud, complete este apéndice. Es posible que esta información sea necesaria para determinar su elegibilidad para el Anticipo del crédito fiscal premium (APTC). No tiene que completar este apéndice si sólo solicita Asistencia Alimentaria.

Nombre completo de quien solicita el impuesto primario para el hogar: _____

- Si hay más de una persona que contribuya al fisco en su casa (no contando al cónyuge si someten sus impuestos en conjunto) usted debe completar un apéndice por cada contribuyente en su hogar.
- Asegúrese de escribir el nombre completo de la persona que solicita el impuesto en cada apéndice que complete. Sólo incluya información acerca de los integrantes de su hogar gravables asociados a la persona que solicita el impuesto.

Conteste las preguntas a continuación con base en cualquier acontecimiento en su vida en los últimos 60 días, a menos que se indique lo contrario.

1. ¿Algún integrante de su hogar perdió recientemente o espera perder en los próximos 60 días la cobertura de su seguro de salud?

☐ No ☐ Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió (o va a ocurrir) el evento? _____

2. ¿Algún integrante de su hogar recientemente se convirtió en ciudadano de o es inmigrante legal en Estados Unidos?

☐ No ☐ Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

3. ¿Alguna persona se mudó o se salió de su casa? ☐ No ☐ Sí. De ser así, complete lo siguiente:

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Por qué se mudó o se salió de su casa?

☐ Tuvo un bebé ☐ Se casó ☐ Se divorció

☐ Adoptó o cuida temporalmentd un niño ☐ Otro

4. ¿Algún contribuyente fiscal existente en su hogar recientemente tuvo un nuevo Dependiente Fiscal?

☐ No ☐ Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

5. ¿Cambió su hogar recientemente a Idaho?

☐ No ☐ Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

6. ¿Cambió su hogar recientemente dentro de Idaho?

☐ No ☐ Sí De ser así, ¿cuándo ocurrió? _____

7. ¿Los ingresos de su hogar cambiaron recientemente? ☐ No ☐ Sí. De ser así, complete lo siguiente:

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Aumentaron o disminuyeron los ingresos de su hogar? ☐ Aumentaron ☐ Disminuyeron

*Consulte la pregunta 14 en las páginas 2 y 3 de esta solicitud. Si marcó "Sí" en más de una persona, y la(s) persona(s) adicional(es) no es un cónyuge que presenta su declaración en conjunto o un dependiente, puede tener más de un integrante gravable en su hogar.

Apéndice D

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Hoja de cálculo del ingreso anual esperado

Si alguien en su hogar solicita la asistencia para la cobertura de salud, complete esta hoja de cálculo. La información que proporcione la utilizaremos para determinar su elegibilidad para el APTC. No tiene que completar este apéndice si sólo solicita Asistencia Alimentaria.

Su Ingreso anual esperado (Anticipated Annual Income, AAI) es el ingreso bruto gravable que espera recibir para el año en curso (enero-diciembre).

Complete cada sección de ingresos que corresponda a su hogar para todo el año. Proyecte o calcule el ingreso para los próximos meses con base en su situación actual y los cambios esperados. Si necesita ayuda para determinar a quién contar en su hogar, consulte la página 1 de esta solicitud.

Si ya conoce el AAI total de su hogar, puede pasar a la segunda página de esta hoja de cálculo e ingresar la cifra anual con un número.

Ingreso obtenido

El ingreso obtenido es dinero que se gana, como salarios, propinas, o sueldo de un trabajo, o ingresos del trabajo por cuenta propia. Utilice las tablas a continuación para agregar el ingreso bruto ganado (ingresos antes de impuestos) para todos los miembros de su familia para cada mes del año en curso. Agregue el ingreso por cuenta propia como ingreso neto (en lugar del bruto). Incluya el nombre de la fuente del ingreso, como un nombre del empleador, para cada entrada. Pida o haga una copia de esta hoja de trabajo si tiene más de tres integrantes del hogar con ingresos ganados.

Nombre de la persona 1:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$

Nombre de la persona 2:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$

Nombre de la persona 3:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$

Continúe con la siguiente página o el reverso de esta hoja de cálculo e ingrese la información sobre el ingreso no derivado del trabajo para su hogar o ingrese su AAI como un solo número.

Ingreso no derivado del trabajo

Ingreso por Seguro Social

Utilice la tabla a continuación para declarar el ingreso total del Seguro Social para todos los integrantes de su hogar para cada mes del año en curso. NO reste los pagos que pueda hacer del monto a que tiene derecho. Incluya el Ingreso del Seguro Social por Discapacidad y el Ingreso del Seguro Social por retiro. NO incluya ingresos de Seguro Social recibido como Sobrevivientes o el Ingreso Suplementario de Seguro Social (también conocido como el Título XVI).

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Nombre de la persona con el ingreso:	$	$	$	$	$	$
Nombre de la persona con el ingreso:	$	$	$	$	$	$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Nombre de la persona con el ingreso:	$	$	$	$	$	$
Nombre de la persona con el ingreso:	$	$	$	$	$	$

Otro ingreso no derivado del trabajo

Utilice las tablas a continuación para incluir el ingreso no derivado del trabajo como alquiler, jubilación, desempleo, y los pagos de juegos tribales de todos los integrantes de su hogar cada mes del año en curso. Si tiene más de dos integrantes del hogar con otros ingresos no derivados del trabajo, solicite o haga una copia de esta hoja de cálculo. No incluya los ingresos tribales distintos de los pagos de juegos tribales, o cualquier ingreso que no sea gravable.

Nombre de la persona 1:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$

Nombre de la persona 2:

	enero	feb	marzo	abr	mayo	jun
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$
	jul	agosto	sept	oct	nov	dic
Fuente 1:	$	$	$	$	$	$
Fuente 2:	$	$	$	$	$	$

Ingreso Anual Anticipado (AAI) en una cifra

A continuación puede declarar su AAI en una sola cifra. Incluya todo el ingreso bruto gravable de los integrantes de su hogar para el año en curso. No incluya ingreso que no sea gravable.

$_____