

Preencha uma cópia desse formulário para cada pessoa que se inscrever no Medicaid.

PASSO 1: PESSOA ADICIONAL #

Preencha uma cópia desse formulário para cada dependente de sua cobertura ou que conste como dependente no seu Imposto de Renda. Veja o Formulário DHHS 3400 (ao pleitear por Medicaid e a cobertura da Saúde Acessível) para mais informações sobre quem incluir. Se você não declara Imposto de Renda, lembre de incluir membros de sua família que vivem com você.

<p>1. Nome, nome do meio, sobrenome, & sufixo _____</p> <p>3. Data de nascimento (mm/dd/Ano) 4. Sex: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino _____</p> <p>6. Essa pessoa vive no mesmo endereço que você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____</p> <p>Caso negativo, informe o endereço: _____</p>	<p>2. Parentesco com você? _____</p> <p>5. Social Security number (SSN) _____</p> <p>a. Se não tiver SSN, você já requereu um? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Caso não tenha, informe a razão no Item 16 _____</p>
--	--

7. Essa pessoa pretende declarar o Imposto de Renda no PRÓXIMO ANO?

(Você pode se inscrever para o Plano de Saúde mesmo que não declare o IR.)

SIM. Responda as questões a-c NÃO. Pule para a questão c..

a. Essa pessoa incluirá o cônjuge na declaração? SIM NÃO Caso positivo, nome do cônjuge: _____

b. Essa pessoa irá incluir dependentes na declaração? Sim Não

Caso positivo, liste os dependentes: _____

c. Essa pessoa será incluída como dependente na declaração de outro? Sim Não

Caso positivo, liste o titular da declaração _____ Qual a relação dessa pessoa com o titular da declaração? _____

8. Essa pessoa está ou esteve grávida recentemente? Sim Não Caso positivo, a. Quantos bebês são esperados? _____ Data prevista para o parto? _____

c. Se esteve grávida, informe a data do parto: _____

d. Esta pessoa estava coberta pelo Medicaid no ultimo dia da gravidez? Sim Não

9. Essa pessoa precise de cobertura médica? (Mesmo que você tenha seguro, pode haver um plano com cobertura melhor a um custo mais baixo)

SIM. Responda todas as questões abaixo. NÃO. Pule para as questões relativas à Renda na página 2.

10. Esta pessoa é portadora deficiência física, mental ou apresenta estado emocional que lhe incapacita ou limita? Sim Não

11. Essa pessoa teve de viver internada ou sob atenção de enfermeiros ou necessita de serviços de enfermagem? Sim Não

12. Essa pessoa foi diagnosticada e/ou recebe tratamento para alguma dessas doenças? Sim Não

- Câncer de mama
- Câncer
- Hiperplasia Atípica de Mama
- Lesão cervical pré-cancerosa (CIN 2/3)

13. Essa pessoa quer se inscrever para os benefícios do Planejamento Familiar? Sim Não

Planejamento Familiar é um programa de benefícios limitados que oferece serviços de planejamento familiar e certos exames preventivos também em caráter limitado. O programa de Planejamento Familiar não é totalmente coberto pelo Medicaid. Se você deixar essa parte em branco, não vamos avaliar se você é ou não elegível para dispor do programa.

14. a. Essa pessoa é cidadã dos EUA? (Nascida nos EUA.; Filha de um cidadão dos EUA.; ou um estrangeiro naturalizado norte-americano) Sim Não

b. Essa pessoa é um nacional dos EUA? (Nascido em território não incorporado aos EUA, qualificado como um nacional, mas não como cidadão do país) Sim Não

15. Se não for cidadão nem nacional, ela porta um status elegível de imigrante?

Caso positivo, inclua o tipo e numeração do documento abaixo.

a. Tipo de documento imigratório: _____ b. Numeração: _____

c. Essa pessoa vive nos EUA desde 1996? Sim Não

d. Essa pessoa, seu cônjuge ou parente é veterano ou um membro ativo das Forças Armadas? Sim Não

16. Se essa pessoa nunca requisitou um número de Seguridade Social, liste as razões

Não relacionado a trabalho Sem SSN por razões religiosas Não é elegível

recém-nascido, mãe recebendo Medicaid Recém-nascido, mãe NÃO recebendo Medicaid

17. Essa pessoa deseja auxílio para pagar por despesas médicas feitas nos últimos 3 meses? Sim Não

a. Caso positivo, essa pessoa tem o mesmo número de dependentes do que tinha há 3 meses? Sim Não

b. A renda familiar dessa pessoa é a mesma do que há 3 meses? Sim Não

Se NÃO, informe a renda total do: Último mês: \$ _____ 2 meses atrás \$ _____ 3 Meses atrás: \$ _____

18. Essa pessoa vive com pelo menos um menor de 19 anos e é o responsável por ele? Yes Não

19. Essa pessoa é estudante em tempo integral? Sim Não

20. Essa pessoa viveu em um abrigo ou com uma família temporária na Carolina do Sul até a idade de 18 anos? Sim Não

21. Essa pessoa vive atualmente em um lar adotivo temporário? Sim Não

22. Essa pessoa vive atualmente em um abrigo do Departamento de Justiça Juvenil? Sim Não



NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit SCDHHS.gov or call us at **1-888-549-0820**. Para obter uma copia de este formulario en Español, llame **1-888-549-0820**. If you need help in a language other than English, call **1-888-549-0820** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-888-842-3620**.

PASSO 1 PESSOA ADICIONAL

23. Se e Hispânico/Latino, Etnia

Mexicano Mexicano-Americano Chicano/a Porto-riquenho
 Cubano Outros: _____

24. Raça (OPCIONAL veja todas as situações em que é aplicável)

Branco Havaiano nativo Filipino Coreano Negro/Afro-americano
 Chinês Japonês Vietnamita Indiano Outros asiáticos
 Samoano Indígena ou nativo do Alasca Guamês ou Chamorro
 Outra ilha do Pacífico Outros: _____

Trabalho atual e informações de renda

Empregado

PULE para a questão 25.

Desempregado

PULE para a questão 37.

Profissional liberal (Trabalha para si)

PULE para a questão 36.

TRABALHO ATUAL 1:

25. Nome e endereço do empregador

26. Telefone do empregador

27. Salários / gorjetas (Sem impostos) Por hora Semanal Quinzenal Duas vezes por mês Mensal Anual

\$ _____ 28. Média de horas trabalhadas por semana _____ 29. Data de início _____

TRABALHO ATUAL : (Se você tem outros empregos e precisa de mais espaço, use outra folha)

30. Nome e endereço do empregador

31. Telefone do empregador

32. Salários / gorjetas (Sem impostos) Por hora Semanal Quinzenal Duas vezes por mês Mensal Anual

\$ _____ 33. Média de horas trabalhadas por semana _____ 34. Data de início _____

35. No último ano, a pessoa: Mudou de emprego Parou de trabalhar Reduziu as horas de trabalho Nenhum

36. Se for profissional liberal, responda as questões abaixo:

a. Tipo de trabalho

b. Renda líquida (ou seja, apenas os lucros, pois os custos do negócio são pagos pela pessoa) prevista para este mês?

\$ _____

37. **DEMAIS RECEITAS ESTE MÊS:** Veja casos em que é aplicável. : o valor e a frequência como que você recebe.

NOTA: Não precisa informar sobre pensão alimentícia, pagamento a veterano ou Renda Suplementar de Previdência (SSI).

Nenhum

Desempregado \$ _____ Frequência? _____ Agropecuário/pesca (líquido): \$ _____ Frequência? _____

Pensões \$ _____ Frequência? _____ Arrendamento/ imobiliário (líquido): \$ _____ Frequência? _____

Previdência Social \$ _____ Frequência? _____ Outras receitas: _____

Aposentadoria \$ _____ Frequência? _____ Tipo : _____ \$ _____ Frequência? _____

Pensão alimentícia \$ _____ Frequência? _____ Tipo : _____ \$ _____ Frequência? _____

38. **DEDUÇÕES:** CONFIRA todos os casos em que é aplicável e informe a quantia e frequência com que a pessoa recebe.

Se esta pessoa tem gastos que podem ser dedutíveis do imposto federal, ao nos informar a respeito, pode se reduzir os custos da cobertura..

NOTA: Não inclua as receitas já informadas no item Rendas como Profissional Liberal (Questão 36b).

Pensão alimentícia \$ _____ Frequência? _____ Outras deduções: \$ _____ Frequência? _____

Juro de empréstimo \$ _____ Frequência? _____ Tipo : _____
estudantil

39. **RENDA ANUAL: Preencha** Preencha apenas se a renda da pessoa variar de mês a mês.

Renda total este ano

Renda total prevista ano que vem (Se entender que será diferente da do ano)

\$ _____

\$ _____



PRECISA DE AJUDA COM O FORMULÁRIO? Visite SCDHHS.gov o ligue para nós 1-888-549-0820. Para obter uma cópia deste formulário em Português ligue 1-888-549-0820. Se você precisa ajuda em qualquer outra língua além do Inglês, ligue 1-888-549-0820 e nos informe sobre a língua que você precisa. Vamos ajudá-los sem qualquer custo 1-888-842-3620.