



## Utilice esta solicitud para ver las opciones de cobertura

- Planes de seguro médico privado asequibles que ofrecen una cobertura completa para ayudarlo a mantenerse bien.
- Un nuevo crédito fiscal que puede ayudar inmediatamente a pagar la prima de la cobertura médica.
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés).



## Solicite más rápido en línea

- Solicite más rápido en línea en [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).



## Lo que puede necesitar para

- Números de Seguro Social (o números de documentos para cualquier inmigrante legal que necesite un seguro)
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, a partir de recibos de sueldo, formularios W-2, o información sobre salarios declaraciones de impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el



## ¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos por sus ingresos y otros datos para que sepa a qué cobertura tiene derecho y cómo obtener ayuda para pagarla. Mantendremos toda la información que nos proporcione de forma privada y segura, tal y como exige la ley. Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite [https://www.SCDHHS.gov/internet/pdf/SCDHHSNoticeofPrivacyPractices080107](https://www.scdhhs.gov/internet/pdf/SCDHHSNoticeofPrivacyPractices080107).



## ¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que figura en la página de firmas.  
Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todos modos. Haremos un seguimiento con usted en un plazo de 1 a 2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los siguientes pasos para completar su solicitud de cobertura médica. Si no recibe noticias nuestras, visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llame al 1-888-549-0820.  
Rellenar esta solicitud no significa que tenga que comprar una cobertura médica.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.



## ¿Quién puede utilizar esta

- Utilice esta solicitud para solicitarlo para cualquier miembro de su familia.
- Solicítelo incluso si usted o su hijo/a ya tienen cobertura médica. Podría tener derecho a una cobertura más barata o gratuita.
- Si es soltero(a), puede utilizar un formulario corto. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden solicitarlo. Puede solicitar la cobertura para su hijo/a aunque no tenga derecho a ella. La solicitud no afectará a su situación de inmigración ni a sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a rellenar esta solicitud, es posible que



## Háblenos de usted y su familia.

Háblenos de todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos conocer a todos los que aparecen en su declaración de impuestos. (No es necesario declarar impuestos para obtener cobertura médica).

### Incluya:

- Usted mismo/a
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura médica
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años a la que cuide y que viva con usted

### NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura médica
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que vivan con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted tiene más de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia

El monto de la ayuda o el tipo de programa al que usted puede acceder depende del número de personas en su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todo el mundo recibe la mejor cobertura



## Obtenga ayuda con esta solicitud

- En línea: [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov)
- **Por teléfono: Llame a nuestro Centro de Ayuda al 1-888-549-0820.**
- **En persona: Es posible que haya consejeros en su zona que puedan ayudarle. Visite nuestro sitio web o llame al 1-888-549-0820 para obtener más información.**
- **En Español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al**



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

## Aviso de no discriminación

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El SCDHHS no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El SCDHHS proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad, como intérpretes cualificados de lenguaje de signos e información escrita en otros formatos (letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el funcionario de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)/Derechos Civiles por correo en PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206, por teléfono al 1-888-549-0820 (Teletipo: 1-888-842-3620), o por correo electrónico a: [civilrights@scdhhs.gov](mailto:civilrights@scdhhs.gov).

Si cree que el SCDHHS no le ha prestado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Funcionario de Derechos Civiles utilizando la información de contacto indicada anteriormente. Puede presentar una queja en persona, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, estamos a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en U. S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o por teléfono en: 800-368- 1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



**Esta página se ha dejado  
intencionadamente en blanco**

# PASO 1

Algunos programas de Medicaid que cubren servicios específicos requieren información adicional para determinar la elegibilidad. Al completar esta sección, podremos pedirle la información más relevante

**para sus necesidades. Si la persona que solicita la cobertura cumple los siguientes criterios, marque todas las casillas que correspondan. Incluso si usted o los miembros de su hogar no cumplen ninguno de estos criterios, es posible que pueda optar a Medicaid. Si no se aplica ninguna, no marque nada; le evaluaremos para todos los tipos de cobertura disponibles.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Necesita vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería                            | <input type="checkbox"/> Presunta incapacidad <b>Esta casilla es de uso exclusivo para</b> |
| <input type="checkbox"/> Recibir tratamiento por uno de los siguientes motivos:<br>-Cáncer de mama -Cáncer de cuello uterino -Hiperplasia mamaria atípica | <input type="checkbox"/> Tiene una discapacidad física o intelectual                       |
| <input type="checkbox"/> El SSI se acaba y hay que volver a solicitar Medicaid (ejemplo: una carta citando la Enmienda Pickle)                            | <input type="checkbox"/> Tiene 65 años o más   |
| <input type="checkbox"/> Refugiado/a extranjero al que se le ha concedido asilo en EE.UU.   | <input type="checkbox"/> Recibe Medicare   |
|   | <input type="checkbox"/> Está solicitando la Exención de PCSC                              |
|   | <input type="checkbox"/> Está solicitando la TEFRA   |

Empiece por usted mismo, y luego añada otros adultos y niños. Si tiene más de 4 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que proporcione la condición de inmigrante ni el Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura médica. Mantendremos toda la información que nos proporcione de forma privada y segura, tal y como exige la ley. Utilizaremos la información personal sólo para comprobar si cumple los requisitos para la

## Persona de contacto principal

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo

2. Dirección del hogar (dejar en blanco si no tiene uno) apartamento o suite

3. Número de

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección postal (si es diferente a la del domicilio) apartamento o suite

9. Número de

10. Ciudad

11. Estado

12. Código postal

13. Condado

14. Número de teléfono

15. Otro número de teléfono

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

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## ¿Hay alguien que le ayude a rellenar esta solicitud?

Complete la siguiente sección si está rellenando este formulario en nombre del solicitante.

1. Fecha de inicio de la solicitud      2. Nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

3. Nombre de la organización (si procede)

4. Número de ID (si procede)



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

# PASO 1: PERSONA 1

## Complete el Paso 1 para cada persona de su familia. Empiece con información sobre usted mismo.

Complete el Paso 1 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que vivan con usted y/o cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federal si la presenta. Consulte las instrucciones para obtener más información sobre a quién incluir. Si no hace la declaración de impuestos, no olvide añadir a los familiares que vivan con usted.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo \_\_\_\_\_

2. ¿Relación con usted? \_\_\_\_\_

**SELF**

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

4. Sexo:  Hombre

Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_

a. Si no tiene un SSN, ¿ha solicitado uno?

Sí *En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 15.*

No

**Lo necesitamos si quiere cobertura médica y tiene un SSN.** Facilitar su SSN puede ser útil si no quiere tener cobertura médica, ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para comprobar los ingresos y otros datos para ver quién puede optar a la ayuda para los costos de la cobertura médica. Si alguien desea ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

### 6. ¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos federal el PRÓXIMO AÑO?

(Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal).

Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c.  NO. Si la respuesta es negativa, pase a la pregunta c.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, indique las personas a su cargo: \_\_\_\_\_

c. ¿Será usted reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el declarante: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con el declarante? \_\_\_\_\_

7. ¿Está usted embarazada o lo ha estado recientemente?  Sí  No En caso afirmativo, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_ b. ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_

c. Si se trata de un embarazo reciente, introduzca la fecha de finalización del mismo: \_\_\_\_\_

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Sí  No

### 8. ¿Necesita cobertura médica (Medicaid)?

(Incluso si tiene un seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo. Si ya tiene Medicaid, marque Sí.)

Sí. Si es sí, responda a todas las preguntas siguientes.  NO. Si es no, PASE a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

9. ¿Tiene usted una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades?  Sí  No

10. ¿Necesita vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio?  Sí  No

11. ¿Le han diagnosticado y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos?  Sí  No

• Cáncer de mama • Cáncer de cuello uterino • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

12. ¿Desea solicitar los beneficios de planificación familiar?  Sí  No

*La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que ofrece servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas revisiones preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no le evaluaremos para la planificación familiar.*

13. a. ¿Es usted ciudadano/a de EE.UU.? (Nacido en EE.UU.; hijo/a de ciudadano de EE.UU.; o antiguo extranjero ahora naturalizado como ciudadano de EE.UU.)  Sí  No

b. ¿Es usted nacional de EE.UU.? (Nacido/a en un territorio no incorporado de EE.UU. que elige ser nacional, no ciudadano/a de EE.UU.)  Sí  No

14. Si no es ciudadano/a o nacional de EE.UU., ¿tiene un estatus migratorio elegible?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación.

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_ b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

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

d. Fecha de entrada: \_\_\_\_\_

e. ¿Es usted o su cónyuge o padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?  Sí  No

15. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, indique el motivo:

Emitido sólo por razones no laborales

Sin SSN por motivos religiosos

No es elegible para el SSN

Recién nacido, la madre recibe actualmente Medicaid  Recién

nacido, madre que NO recibe Medicaid

16. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

a. Si la respuesta es afirmativa, ¿el tamaño de su hogar era el mismo durante estos 3 meses que el  Sí  No

b. ¿Los ingresos de su hogar fueron los mismos durante estos 3 meses que los  Sí  No

Si es NO, introduzca el total de ingresos mensuales para: Último mes: \$ \_\_\_\_\_ Hace 2 meses: \$ \_\_\_\_\_ Hace 3

17. ¿Vive con al menos un hijo/a menor de 19 años y es usted la persona principal que se ocupa de él/ella?  Sí  No

18. ¿Es usted estudiante a tiempo completo?  Sí  No



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

# PASO 1: PERSONA 1 (Continúe con usted)

## 22. Si es hispano/latino, etnia (OPCIONAL)

- Mexicano/a  Mexicano/a-americano/a  Chicano/a  
 Puertorriqueño/a  Cubano/a  Otros: \_\_\_\_\_

## 23. Raza (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)

- Blanco/a  Nativo/a de  Coreano/a  
 Chino/a  Japonés/a  Vietnamita  Indio/a asiático/a  Otros asiáticos  
 Samoano/a  Indio americano o nativo de Alaska  Guameño/a o Chamorro/a  
 Otros isleños del Pacífico  Otros: \_\_\_\_\_

## Información sobre el empleo y los ingresos actuales

- Empleado** Si usted está trabajando actualmente, indíquenos sus ingresos. Empiece con la pregunta 24.  
 Sin empleo PASE a la pregunta 36.  
 **Autónomo(a)** PASE a la pregunta 35.

### EMPLEO ACTUAL 1:

24. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ 25. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_  
26. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente  
\$ \_\_\_\_\_ 27. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 28. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

29. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ 30. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_  
31. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente  
\$ \_\_\_\_\_ 32. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 33. Fecha de inicio \_\_\_\_\_  
34. En el último año, ¿usted ha:  Cambiado de trabajo  Dejado de trabajar  Empezado a trabajar menos horas  Ninguna de estas  
35. Si es autónomo, responda a las siguientes preguntas:  
a. Tipo de trabajo negocio \_\_\_\_\_ b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?)  
\$ \_\_\_\_\_

36. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.  
**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).  
 Ninguno  
 Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Agricultura/pesca con red: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Alquiler neto/regalías: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otros ingresos:  
 Ctas. de jubilación \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

37. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.  
Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federal, el hecho de informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica fuera un poco menor.  
**NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo neto.  
 Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otras deducciones: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Intereses de los préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

38. **INGRESOS ANUALES:** Rellene sólo si los ingresos de la PERSONA 1 cambian de un mes a otro.  
Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 1, añada otra persona en las páginas siguientes.

Ingresos totales de la PERSONA 1 este año (diferentes) \$ \_\_\_\_\_ Los ingresos totales de la PERSONA 1 el próximo año (si cree que serán diferentes) \$ \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

## PASO 1: PERSONA 2

Complete el Paso 1 para su cónyuge/pareja y los hijos que vivan con usted y/o cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federal si la presenta. Consulte las instrucciones para obtener más información sobre a quién incluir. Si no hace la declaración de impuestos, no olvide añadir a los familiares que vivan con usted.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufruto

2. ¿Relación con usted?

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

4. Sexo:  Hombre

Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN)

a. Si no tiene un SSN, ¿ha solicitado uno?

Sí  No

6. ¿Vive la PERSONA 2 en la misma dirección que usted?  Sí  No

¿Vive la PERSONA 2 quiere cobertura médica y tiene un SSN.

En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 16.

Si no, indique la dirección: \_\_\_\_\_

### 7. ¿Piensa la Persona 2 presentar una declaración de impuestos federal el próximo año?

(Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal).

Sí. Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c.  NO. Si la respuesta es negativa, PASE a la pregunta c.

a. ¿La Persona 2 presentará la solicitud conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿La Persona 2 reclamará alguna persona a su cargo en su declaración de impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, indique las personas a su cargo: \_\_\_\_\_

c. ¿Se reclamará a la Persona 2 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el declarante: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con el declarante? \_\_\_\_\_

8. ¿Está usted embarazada o lo ha estado recientemente?  Sí  No Si es Sí, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_

c. Si se trata de un embarazo reciente, introduzca la fecha de finalización del mismo: \_\_\_\_\_

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Sí  No

### 9. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?

(Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo). Si ya tienes Medicaid, consulta Sí).

Sí. En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas.  NO. Si la respuesta es negativa, PASE a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

10. ¿Tiene usted una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades?  Sí  No

11. ¿Necesita vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio?  Sí  No

12. ¿Le han diagnosticado y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos?  Sí  No

• Cáncer de mama • Cáncer de cuello de útero • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

13. ¿Desea la Persona 2 solicitar los beneficios de Planificación Familiar?  Sí  No

La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que ofrece servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas revisiones preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no le evaluaremos para la planificación familiar.

14. a. ¿Es la PERSONA 2 un ciudadano estadounidense? (Nacido/a en EE.UU.; hijo/a de ciudadano estadounidense; o antiguo extranjero ahora naturalizado como ciudadano estadounidense)  Sí  No

b. ¿Es la PERSONA 2 un nacional de EE.UU.? (Territorio no incorporado de EE.UU. que elige ser nacional, no ciudadano/a de EE.UU.)  Sí  No

15. Si la PERSONA 2 no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿tiene la Persona 2 un estatus de inmigración elegible?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de ID de la PERSONA 2

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_ b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No d. Fecha de entrada: \_\_\_\_\_

e. ¿Es la PERSONA 2, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?  Sí  No

16. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, indique los motivos

Emitido sólo por razones no laborales

Sin SSN por motivos religiosos

No tiene derecho al SSN

Recién nacido, la madre recibe actualmente Medicaid  Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid

17. ¿Quiere la Persona 2 ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

a. Si la respuesta es afirmativa, ¿el tamaño del hogar de esta persona era el mismo durante estos 3 meses?  Sí  No

b. ¿Los ingresos del hogar de esta persona fueron los mismos durante estos 3 meses que los actuales?  Sí  No

Si la respuesta es negativa, introduzca el total de ingresos mensuales para: Último mes: \$ \_\_\_\_\_ Hace 2 meses: \$ \_\_\_\_\_ Hace 3 meses: \$ \_\_\_\_\_

18. ¿Vive la PERSONA 2 con al menos un hijo menor de 19 años y es la PERSONA 2 la principal que cuida de este hijo?  Sí  No

19. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante a tiempo completo?  Sí  No

20. ¿La PERSONA 2 estuvo en régimen de acogida en Carolina del Sur a partir de los 18 años?  Sí  No

21. ¿Está la PERSONA 2 viviendo actualmente en un hogar de acogida?  Sí  No

22. ¿Está la PERSONA 2 viviendo actualmente en un hogar de grupo del DJJ?  Sí  No

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

## PASO 1: PERSONA 2

### 23. Si es hispano/latino, etnia (OPCIONAL)

- Mexicano/a  Mexicano/a-americano/a  Chicano/a  
 Puertorriqueño/a  Cubano/a  Otros: \_\_\_\_\_

### 24. Raza (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)

- Blanco  Nativo/a de Hawái  Filipino/a  Coreano/a  Negro(a)/afroamericano(a)  
 Chino/a  Japonés/a  Vietnamita  Indio/a asiático/a  Otros asiáticos  
 Samoano/  Indio americano o nativo de Alaska  Guameño/a o Chamorro  
 Otros isleños del Pacífico  Otros: \_\_\_\_\_

## Información sobre el empleo y los ingresos actuales

### Empleado

Si usted está trabajando actualmente, indíquenos sus ingresos. Empiece con la pregunta 25.

### Sin empleo

PASE a la pregunta 37.

### Autónomo(a)

PASE a la pregunta 36.

### EMPLEO ACTUAL 1:

25. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

26. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente  
\$ \_\_\_\_\_ 28. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 29. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

30. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

31. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

32. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente  
\$ \_\_\_\_\_ 33. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 34. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

35. En el último año, ¿usted ha:  Cambiado de trabajo  Dejado de trabajar  Empezado a trabajar menos horas  Ninguna de estas

### 37. OTROS INGRESOS ESTE MES: Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

- Ninguno  
 Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Agricultura/pesca con red: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Alquiler neto/regalías: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otros ingresos:  
 Ctas. de jubilación \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

### 35. Si es autónomo, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo negocio  
\_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?)  
\$ \_\_\_\_\_

### 38. DEDUCCIONES: Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.

Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federal, el hecho de informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica fuera un poco menor.

**NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo neto.

- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Otras deducciones: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Intereses de los préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

### 39. INGRESOS ANUALES: Complete only Si la PERSONA 2, añada otra persona en las páginas siguientes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 2, añada otra persona en las páginas siguientes.

Ingresos totales de la PERSONA 2 este año  
entes)  
\$ \_\_\_\_\_

Los ingresos totales de la PERSONA 2 el próximo año (si cree que serán diferentes)  
\$ \_\_\_\_\_



# PASO 1: PERSONA 3

Complete el Paso 1 para su cónyuge/pareja y los hijos que vivan con usted y/o cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federal si la presenta. Consulte la página de instrucciones para obtener más información sobre a quién incluir. Si no hace la declaración de impuestos, no olvide añadir a los familiares que vivan con usted.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo _____		2. ¿Relación con usted? _____	
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	4. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	5. Número de Seguro Social (SSN) _____	a. Si no tiene un SSN, ¿ha solicitado uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Vive la PERSONA 3 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 16.	
Si no, indique la dirección: _____			

## 7. ¿Piensa la Persona 3 presentar una declaración de impuestos federal el próximo año?

(Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal).

Sí. Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c.  NO. Si la respuesta es negativa, PASE a la pregunta c.

a. ¿La Persona 3 presentará la solicitud conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿La Persona 3 reclamará alguna persona a su cargo en su declaración de impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, indique las personas a su cargo: \_\_\_\_\_

c. ¿Se reclamará a la Persona 3 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el declarante: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con el declarante? \_\_\_\_\_

8. ¿Está usted embarazada o lo ha estado recientemente?  Sí  No Si es Sí, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_ b. ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_ c. Si se trata de un embarazo reciente, introduzca la fecha de finalización del mismo: \_\_\_\_\_

d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Sí  No

## 9. ¿Necesita la PERSONA 3 cobertura médica?

(Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo). Si ya tienes Medicaid, consulta Sí).

Sí. En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas.  NO. Si la respuesta es negativa, PASE a las preguntas sobre ingresos de la página 7. Deje el resto de la página en blanco.

10. ¿Tiene usted una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades?  Sí  No

11. ¿Necesita vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio?  Sí  No

12. ¿Le han diagnosticado y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos?  Sí  No

- Cáncer de mama • Cáncer de cuello de útero • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

13. ¿Desea la PERSONA 3 solicitar los beneficios de Planificación Familiar?  Sí  No

La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que ofrece servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas revisiones preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no le evaluaremos para la planificación familiar.

14. a. ¿Es la PERSONA 3 un ciudadano estadounidense? (Nacido/a en EE.UU.; hijo/a de ciudadano estadounidense; o antiguo extranjero ahora naturalizado como ciudadano estadounidense)  Sí  No

b. ¿Es la PERSONA 3 un nacional de EE.UU.? (Nacido/a en un territorio no incorporado de EE.UU. que elige ser nacional, no ciudadano/a de EE.UU.)  Sí  No

15. Si la PERSONA 3 no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿tiene la PERSONA 3 un estatus de inmigración elegible?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de ID de la PERSONA 3

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_

b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

c. ¿La PERSONA 3 ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No

d. Fecha de entrada: \_\_\_\_\_

e. ¿Es la PERSONA 3, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?  Sí  No

16. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, indique los motivos

Emitido sólo por razones no laborales  Sin SSN por motivos religiosos  No tiene derecho al SSN

Recién nacido, la madre recibe actualmente Medicaid  Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid

17. ¿Quiere la PERSONA 3 ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

a. Si la respuesta es afirmativa, ¿el tamaño del hogar de esta persona era el mismo durante estos 3 meses?  Sí  No

b. ¿Los ingresos del hogar de esta persona fueron los mismos durante estos 3 meses que los actuales?  Sí  No

Si la respuesta es negativa, introduzca el total de ingresos mensuales para: Último mes: \$ \_\_\_\_\_ Hace 2 meses: \$ \_\_\_\_\_ Hace 3 meses: \$ \_\_\_\_\_

18. ¿Vive la PERSONA 3 con al menos un hijo menor de 19 años y es la PERSONA 3 la principal que cuida de este hijo?  Sí  No

19. ¿Es la PERSONA 3 un estudiante a tiempo completo?  Sí  No

20. ¿La PERSONA 3 estuvo en régimen de acogida en Carolina del Sur a partir de los 18 años?  Sí  No

21. ¿Está la PERSONA 3 viviendo actualmente en un hogar de acogida?  Sí  No

22. ¿Está la PERSONA 3 viviendo actualmente en un hogar de grupo del DJJ?  Sí  No



## PASO 1: PERSONA 3

### 23. Si es hispano/latino, etnia (OPCIONAL)

- Mexicano/a  Mexicano/a-americano/a  Chicano/a  
 Puertorriqueño/a  Cubano/a  Otros: \_\_\_\_\_

### 24. Raza (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)

- Blanco  Nativo/a de Hawái  Filipino/a  Coreano/a  Negro(a)/afroamericano(a)  
 Chino/a  Japonés/a  Vietnamita  Indio/a asiático/a  Otros asiáticos  
 Samoano/  Indio americano o nativo de Alaska  Guameño/a o Chamor-  
 Otros isleños del Pacífico  Otros: \_\_\_\_\_

## Información sobre el empleo y los ingresos

### Empleado

Si usted está trabajando actualmente, indíquenos sus ingresos. Empiece con la

### Sin empleo

PASE a la pregunta 37.

### Autónomo(a)

PASE a la pregunta 36.

### EMPLEO ACTUAL 1:

25. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

26. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

27. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

\$ \_\_\_\_\_ 28. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

29. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

30. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

31. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

32. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

\$ \_\_\_\_\_ 33. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

34. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

35. En el último año, ¿usted ha:  Cambiado de trabajo  Dejado de trabajar  Empezado a trabajar menos horas  Ninguna de estas

### 36. Si es autónomo, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo negocio  
\_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?)  
\$ \_\_\_\_\_

### 37. OTROS INGRESOS ESTE MES: Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.

**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Agricultura/pesca con red: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Alquiler neto/regalías: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otros ingresos:

Ctas. de jubilación \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

### 38. DEDUCCIONES: Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.

Si la PERSONA 3 paga ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federal, el hecho de informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica fuera un poco menor.

**NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo neto.

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Otras deducciones: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Intereses de los préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

### 39. INGRESOS ANUALES: Complete only Si la PERSONA 3, añada otra persona en las páginas siguientes.

Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 3, añada otra persona en las páginas siguientes.

Ingresos totales de la PERSONA 3 este año

Los ingresos totales de la PERSONA 3 el próximo año (si cree que serán diferentes)

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

# PASO 1: PERSONA 4

Complete el Paso 1 para su cónyuge/pareja y los hijos que vivan con usted y/o cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos federal si la presenta. Consulte la página 2 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no hace la declaración de impuestos, no olvide añadir a los familiares que vivan con usted.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo \_\_\_\_\_ 2. ¿Relación con usted? \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ 4. Sexo:  Hombre  Mujer \_\_\_\_\_ 5. Número de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_

6. ¿Vive la PERSONA 4 en la misma dirección que usted?  Sí  No \_\_\_\_\_ 7. Si no tiene un SSN, ¿ha solicitado uno?  Sí  No

Si no, indique la dirección: \_\_\_\_\_ *En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 16.*

7. ¿Piensa la **Persona 4** presentar una declaración de impuestos federal el próximo año? (Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal).  
 Sí. Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c.  NO. Si la respuesta es negativa, PASE a la pregunta c.

a. ¿La Persona 4 presentará la solicitud conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿La Persona 3 reclamará alguna persona a su cargo en su declaración de impuestos?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique las personas a su cargo: \_\_\_\_\_

c. ¿Se reclamará la Persona 4 como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique el declarante: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su relación con el declarante? \_\_\_\_\_

8. ¿Está usted embarazada o lo ha estado recientemente?  Sí  No Si es Sí, a. ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_  
b. ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_  
c. Si se trata de un embarazo reciente, introduzca la fecha de finalización del mismo: \_\_\_\_\_  
d. ¿Estaba inscrita en Medicaid el último día del embarazo?  Sí  No

9. ¿Necesita la **PERSONA 4** cobertura médica? (Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo). Si ya tienes Medicaid, consulta Sí).  
 Sí. En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas.  NO. Si la respuesta es negativa, PASE a las preguntas sobre los ingresos. Deje el resto de la página en blanco.

10. ¿Tiene usted una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades?  Sí  No

11. ¿Necesita vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio?  Sí  No

12. ¿Le han diagnosticado y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos?  Sí  No  
• Cáncer de mama • Cáncer de cuello de útero • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)

13. ¿Desea la PERSONA 4 solicitar los beneficios de Planificación Familiar?  Sí  No  
*La planificación familiar es un programa de beneficios limitados, que ofrece servicios de planificación familiar, servicios relacionados con la planificación familiar y ciertas revisiones preventivas limitadas. La planificación familiar no es una cobertura completa de Medicaid. Si deja esta pregunta en blanco, no le evaluaremos para la planificación familiar.*

14. a. ¿Es la PERSONA 4 un ciudadano estadounidense? (Nacido/a en EE.UU.; hijo/a de ciudadano estadounidense; o antiguo extranjero ahora naturalizado como ciudadano estadounidense)  Sí  No  
b. ¿Es la PERSONA 4 un nacional de EE.UU.? (Territorio no incorporado de EE.UU. que elige ser nacional, no ciudadano/a de EE.UU.)  Sí  No

15. Si la **PERSONA 4** no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿tiene la **PERSONA 4** un estatus de inmigración elegible?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de ID de la PERSONA 4

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_

b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_

c. ¿La PERSONA 4 ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No

d. ¿Es la PERSONA 4, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?  Sí  No

16. Si no ha solicitado un Número de Seguro Social, indique los motivos  
 Emitido sólo por razones no laborales  Sin SSN por motivos religiosos  No tiene derecho al SSN  
 Recién nacido, la madre recibe actualmente Medicaid  Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid

17. ¿Quiere la PERSONA 4 ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No  
a. Si la respuesta es afirmativa, ¿el tamaño del hogar de esta persona era el mismo durante estos 3 meses que el actual?  Sí  No  
b. ¿Los ingresos del hogar de esta persona fueron los mismos durante estos 3 meses que los actuales?  Sí  No  
Si la respuesta es negativa, introduzca el total de ingresos mensuales para: Último mes: \$ \_\_\_\_\_ Hace 2 meses: \$ \_\_\_\_\_ Hace 3 meses: \$ \_\_\_\_\_

18. ¿Vive la PERSONA 4 con al menos un hijo menor de 19 años y es la PERSONA 2 la principal que cuida de este hijo?  Sí  No

19. ¿Es la PERSONA 4 un estudiante a tiempo completo?  Sí  No

20. ¿La PERSONA 4 estuvo en régimen de acogida en Carolina del Sur a partir de los 18 años?  Sí  No

21. ¿Está la PERSONA 4 viviendo actualmente en un hogar de acogida?  Sí  No

22. ¿Está la PERSONA 4 viviendo actualmente en un hogar de grupo del DJJ?  Sí  No



## PASO 1: PERSONA 4

### 23. Si es hispano/latino, etnia (OPCIONAL)

- Mexicano/a  Mexicano/a-americano/a  Chicano/a  
 Puertorriqueño/a  Cubano/a  Otros: \_\_\_\_\_

### 24. Raza (OPCIONAL - marque todo lo que corresponda)

- Blanco  Nativo/a de Hawái  Filipino/a  Coreano/a  Negro(a)/afroamericano(a)  
 Chino/a  Japonés/a  Vietnamita  Indio/a asiático/a  Otros asiáticos  
 Samoano/a  Indio americano o nativo de Alaska  Guameño/a o Chamorro/a  
 Otros isleños del Pacífico  Otros: \_\_\_\_\_

## Información sobre el empleo y los ingresos actuales

- Empleado** Si usted está trabajando actualmente, indique sus ingresos. Empiece con la pregunta 25.  
 **Sin empleo** PASE a la pregunta 37.  
 **Autónomo(a)** PASE a la pregunta 36.

### EMPLEO ACTUAL 1:

25. Nombre y dirección del empleador de teléfono del empleador \_\_\_\_\_ 26. Número \_\_\_\_\_  
 27. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente  
 \$ \_\_\_\_\_ 28. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 29. Fecha de inicio \_\_\_\_\_

### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja)

30. Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ 31. Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_  
 32. Salarios/propinas (antes de impuestos)  Por hora  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente  
 \$ \_\_\_\_\_ 33. Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ 34. Fecha de inicio \_\_\_\_\_  
 35. En el último año, ¿usted ha:  Cambiado de trabajo  Dejado de trabajar  Empezado a trabajar menos horas  Ninguna de estas  
 36. Si es autónomo, responda a las siguientes preguntas:  
 a. Tipo de trabajo negocio \_\_\_\_\_ b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes?)  
 \$ \_\_\_\_\_

37. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.  
**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

- Ninguno  
 Desempleo \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Agricultura/pesca con red: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Pensiones \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Alquiler neto/regalías: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \$ \_\_\_\_\_  Otros ingresos:  
 Ctas. de jubilación \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Pensión alimenticia recibida \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Tipo: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

38. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan, e indique la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.  
 Si la PERSONA 4 paga ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federal, el hecho de informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura médica fuera un poco menor.  
**NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo neto.
- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Otras deducciones: \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Intereses de los préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

39. **INGRESOS ANUALES:** Complete only Si la PERSONA 4, añada otra persona en las páginas siguientes.  
**Si no espera cambios en los ingresos mensuales de la PERSONA 4, añada otra persona en las páginas siguientes.**

Ingresos totales de la PERSONA 4 este año \$ \_\_\_\_\_ Los ingresos totales de la PERSONA 4 el próximo año (si cree que serán diferentes) \$ \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

## PASO 2 Miembro(s) de familia india americana o nativa de Alaska

1. ¿Es usted o alguien de su familia indio americano o nativo de Alaska?

Si es No, pase al Paso 3.

Sí. Si es Sí, solicite y complete el formulario 3400-Apéndice B del SCDHHS (Miembro de la familia india americana o nati-

## PASO 3 La cobertura médica de su familia

Responda a estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura médica.

1. ¿Hay alguien inscrito en la cobertura médica ahora de los siguientes? Si está disponible, proporcione una copia de la tarjeta del seguro.

Sí. En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de la(s) persona(s) junto a la cobertura que tiene.  NO.

Medicaid \_\_\_\_\_

CHIP \_\_\_\_\_

Medicare \_\_\_\_\_

Número de reclamo: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura de Medicare: \_\_\_\_\_

TRICARE (No marque si tiene atención directa del cumplimiento del deber)

Otro seguro de salud \_\_\_\_\_

Seguro del empleador \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

¿Se trata de una cobertura COBRA?  Sí  No

¿Se trata de un plan de salud para jubilados?  Sí  No

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Programas de atención médica de VA: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Cuerpo de Paz: \_\_\_\_\_

¿Se trata de un plan de beneficios por tiempo limitado (p. ej., una póliza de accidentes escoares)?  S  N

## PASO 4 Lea y firme. Por favor, lea los siguientes derechos y responsabilidades. Si no está de acuerdo con una declaración, su elegibilidad para los programas puede verse afectada. Se requiere una firma para completar el proceso de solicitud y presentar su solicitud a la agencia.

1. Sé que la ley federal no permite la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación llamando al (888) 808-4238 o escribiendo al Civil Rights Division, SCDHHS, P.O. Box 8206, Columbia, SC 29202-8206.
2. Sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recauda la ayuda médica del padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decírselo a la agencia y puede que no tenga que
3. Asigno y cedo mis derechos a cualquier pago de un tercero responsable al SCDHHS hasta el monto de pago que Healthy Connections ha hecho por mi atención médica. Esta asignación se aplica a cualquiera de mis hijos menores de edad que puedan resultar lesionados. Estos pagos pueden incluir pagos del seguro médico, acuerdos legales u otros terceros. También entiendo que tengo el deber de cooperar en la identificación y el suministro de información para ayudar a Healthy Connections en la búsqueda de terceros que pueden ser responsables de pagar por la atención y los servicios.
4. Entiendo que debo cooperar plenamente con los trabajadores estatales y federales si se revisa mi caso. También comprendo que, como condición para ser elegible, debo solicitar y tomar medidas para obtener cualquier otra prestación, incluidas, entre otras, las pensiones vitalicias, las pensiones, la jubilación, la invalidez y otros beneficios.
5. Como solicitante/beneficiario de los servicios de Medicaid, entiendo que hay dos grupos de personas que se ven afectadas por la recuperación del patrimonio:
  - Una persona de cualquier edad que era paciente de un centro de enfermería, de un centro de cuidados intermedios para discapacitados intelectuales o de otra institución médica en el momento del fallecimiento, y que debía pagar la mayor parte de sus ingresos por el costo de los cuidados; o
  - Una persona que tenía 55 años o más cuando recibía asistencia médica consistente en servicios en centros de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados prestados a personas en centros de enfermería o que reciben servicios basados en el hogar y la comunidad. Entiendo que al recibir cualquiera de estos servicios, el Departamento de Salud y Servicios Humanos presentará un reclamo contra mi patrimonio (todos los bienes muebles e inmuebles de mi propiedad al momento de mi muerte) por el monto que Medicaid haya pagado por mis servicios.

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

6. Sé que debo avisar al SCDHHS en un plazo de 10 días si cualquier información que haya anotado en esta solicitud cambia y es diferente de lo que escribí en esta solicitud. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar a la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
  7. La información que proporcione en esta solicitud y en futuras interacciones con el SCDHHS se utilizará para comprobar si cumpla los requisitos para recibir ayuda para pagar la cobertura médica, si decido solicitarla. Si la información que proporcione no coincide con los datos electrónicos, es posible que se me pida que envíe pruebas. Sé que, a menos que pida expresamente que se me excluya, la información recopilada se almacenará de forma segura para estar seguro de que los servicios prestados a mi familia y a mí son suficientes y necesarios.
  8. Si creo que SCDHHS, la agencia que administra Healthy Connections, el programa estatal de Medicaid, ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del SCDHHS que creo que la acción es incorrecta, y pedir una audiencia justa. Debo presentar una solicitud de dicha audiencia al SCDHHS por escrito, por teléfono, en persona, o puedo apelar en línea en [www.scdhhs.gov/appeals](http://www.scdhhs.gov/appeals). ISé que puedo representarme a mí mismo o ser representado por otra persona.
  9. Sé que la información personal de salud que proporcione o que posteriormente es recopilada por el SCDHHS está cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y que recibiré un Aviso de Prácticas de Privacidad junto con mi(s) tarjeta(s) de Healthy Connections.
- ¿Algún niño/a de esta solicitud tiene un padre que vive fuera de casa?  Sí  No

Confirmando que ninguna de las personas que solicitan el seguro de enfermedad en esta solicitud está encarcelada (detenida o encarcelada). Si no es así,

\_\_\_\_\_ está encarcelado/a.

### Renovación de la cobertura en años futuros

Para facilitar la determinación de mi derecho a recibir ayuda para pagar la cobertura médica en años futuros, acepto que Medicaid o el Mercado de Seguros Médicos utilicen los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Medicaid me enviará un aviso, me permitirá hacer cualquier cambio y podré excluirme en cualquier momento. Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente para los siguientes.

- 5 años (el número máximo de años permitido), o por un número menor de años:  
 4 años  3 años  2 años  1 año  No utilizar la información de la declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

**Firme esta solicitud.** La persona que ha rellenado el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el formulario 1282 del DHHS - Representante autorizado.

Al firmar, declaro que he leído y acepto los derechos y responsabilidades que se indican en esta solicitud. Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Esto significa que he respondido con veracidad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que si no digo la verdad, puede haber una sanción según la ley federal.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

## PASO 5 Envíe por correo la solicitud

Envíe su solicitud firmada a:

**SCDHHS - Central Mail  
 PO Box 100101  
 Columbia SC 29202-3101**

Si quiere registrarse para votar, puede rellenar un formulario de registro de votantes en

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al **1-888-549-0820**. Para obtener una 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**.

# APÉNDICE A

## Cobertura médica de los empleos

No es necesario que responda a estas preguntas a menos que alguien en el hogar tenga derecho a la cobertura médica de un empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos sobre el empleo que ofrece cobertura.

Lleve la Herramienta de Cobertura del Empleador de la página siguiente a la empresa que le ofrece cobertura para que le ayude a responder a estas preguntas. Sólo tiene que incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.

### Información sobre el EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Nombre, Segundo, Apellido)

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. ¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura médica de los empleados en este empleo?

11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)

(2. Dirección de correo electrónico

13. ¿Tiene actualmente derecho a la cobertura ofrecida por este empleador, o lo tendrá en los próximos 3 meses?

**SÍ.** Si es Sí, continúe a continuación.

**NO.** Si la respuesta es negativa, deténgase aquí y vaya al Paso 3 de la solicitud.

13a. Si está en periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura?

Indique los nombres de cualquier otra persona que tenga derecho a la cobertura de este empleo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Háblenos del plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla la norma de valor mínimo\*?  Sí  No

15. Para el plan de menor costo que cumpla la norma de valor mínimo\* ofrecido sólo al empleado (no incluya los planes familiares): Si la empresa cuenta con programas de bienestar, facilite la prima que el empleado pagaría si recibiera el máximo descuento por cualquier programa de cesación del tabaco y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

16. ¿Qué cambio hará la empresa para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrece cobertura médica

La empresa empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan de menor coste disponible sólo para el empleado que cumpla la norma de valor mínimo\* (la prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una 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**.

# HERRAMIENTA DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

## Cobertura médica de los empleos

Utilice esta herramienta para responder a las preguntas del Apéndice A sobre cualquier cobertura médica de la empresa a la que tenga derecho (incluso si es del trabajo de otra persona, como un padre, madre o un cónyuge). La información de las casillas numeradas a continuación coincide con las casillas del Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe coincidir con la pregunta 14 del Apéndice A.

Escriba su nombre y número de Seguro Social en las casillas 1 y 2 y pida al empleador que rellene el resto del formulario. Complete una



### Información sobre el EMPLEADO

El empleado debe rellenar esta sección.

1. Nombre del empleado (Nombre, Segundo, Apellido)

2. Número de Seguro Social del empleado



### Información del EMPLEADOR

El empleado debe rellenar esta sección.

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. ¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura médica de los empleados en este empleo?

11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)

12. Dirección de correo electrónico

13. ¿El empleado tiene actualmente derecho a la cobertura ofrecida por esta empresa, o lo tendrá en los próximos 3 meses?

**SÍ.** Si es Sí, continúe a continuación.

**NO.** Si la respuesta es negativa, deténgase aquí y vaya al Paso 3 de la solicitud.

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible para cobertura?

(mm/dd/aaaa)

Indique los nombres de cualquier otra persona que tenga derecho a la cobertura de este empleo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Háblenos del plan de salud que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla la norma de valor mínimo\*?  Sí  No

15. Para el plan de menor costo que cumpla la norma de valor mínimo\* ofrecido sólo al empleado (no incluya los planes familiares): Si la empresa cuenta con programas de bienestar, facilite la prima que el empleado pagaría si recibiera el máximo descuento por cualquier programa de cesación del tabaco y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

16. ¿Qué cambio hará la empresa para el nuevo año del plan (si se conoce)?

El empleador no ofrece cobertura médica

La empresa empezará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima del plan de menor coste disponible sólo para el empleado que cumpla la norma de valor mínimo\* (la prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

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

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente

Fecha de cambio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_



\* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple la "norma de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de los beneficios

Nombre del solicitante/miembro de Medicaid	Número de Seguro Social
--	-------------------------

**Nombramiento de un representante autorizado**

**¿Desea que alguien le represente en todos los asuntos relacionados con su caso?**

Puede dar permiso a una persona u organización de confianza para que hable de su solicitud con nosotros, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con su solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de la misma en su nombre. Esta persona también puede actuar en su nombre en otros asuntos, como las revisiones, las apelaciones y los procesos de atención gestionada. Esta persona se llama "representante autorizado". El trabajador de elegibilidad de Medicaid puede divulgar cualquier información sobre su solicitud/revisión y estado a su representante autorizado o a cualquier miembro de la organización indicada en este formulario. Más de una persona u organización puede actuar como su representante autorizado.

Puede nombrar, retirar o cambiar un representante autorizado en cualquier momento. Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con Healthy Connections. Si usted es el representante legal de alguien en esta

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Retirar a esta persona u organización como mi representante autorizado		
Dirección del representante autorizado (dejar en blanco si no tiene uno.)		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono del representante autorizado	Otro número de teléfono		
Dirección de correo electrónico del representante autorizado }			
Nombre de la organización (si procede)	Unidad* (si procede)	Número de ID	

**Permiso para divulgar información**

**¿Hay alguien con quien quiera que compartamos información sobre su solicitud?**

Al completar esta sección, usted puede dar permiso para que la siguiente persona reciba información sobre su solicitud/caso, pero no tendrá la capacidad de actuar en su nombre como un representante autorizado. También autoriza al SCDHHS a divulgar información sobre esta solicitud a esta persona u organización adicional.

Nombre de la persona/organización		Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Firma del solicitante/miembro de Medicaid	Fecha (mm/dd/aaaa)
---	--------------------

Si firma con una "X," haga que dos personas firmen a continuación como testigos.

Testigo: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

El miembro está incapacitado y no puede firmar. El SCDHHS se reserva el derecho de verificar la incapacidad del miembro para firmar. Diga la razón: \_\_\_\_\_

**Envíe su formulario firmado a:** SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202- **Fax:** (888) 820-1204

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [SCDHHS.gov](http://SCDHHS.gov) o llámenos al 1-888-549-0820. Para obtener una 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**.