

Rellene una nueva copia de este formulario por cada persona adicional que solicite Medicaid.

PASO 1: PERSONA ADICIONAL

Rellene una nueva copia de este formulario por cada persona adicional que viva con usted y/o cualquier persona que figure en su misma declaración de impuestos, si la presenta. Consulte el formulario 3400 del DHHS (Solicitud de Medicaid y cobertura médica asequible) 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/yyyy) 4. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	5. Número de Seguro Social (SSN) _____
6. ¿Vive esta persona en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, indique la dirección: _____	a. Si no tiene un SSN, ¿ha solicitado uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso negativo, indique el motivo en la pregunta 16.</i>
Lo necesitamos si esta persona quiere cobertura médica y tiene un SSN.	
7. ¿Piensa esta persona presentar una declaración de la renta federal el PRÓXIMO AÑO? (Puede seguir solicitando un seguro médico aunque no haga la declaración de impuestos federal.) <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c. <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es negativa, pase a la pregunta c.	
a. ¿Esta persona presentará una declaración conjunta con un cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____	
b. ¿Declarará esta persona alguna persona a su cargo en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique las personas a su cargo: _____	
c. ¿Se declarará a esta persona como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el declarante: _____ ¿Qué relación tiene esta persona con el declarante? _____	
8. ¿Está esta persona embarazada o recientemente embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 esta persona inscrita en Medicaid el último día del embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Necesita esta persona cobertura médica (Medicaid)? (Aunque tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo) <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, responda a las siguientes preguntas. <input type="checkbox"/> NO. Si la respuesta es negativa, PASE a las preguntas sobre ingresos de la página 2. Deje el resto de la página en blanco.	
10. ¿Tiene esta persona una condición de salud física, mental o emocional incapacitante que le cause limitaciones en sus actividades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Necesita esta persona vivir en un centro médico o en una residencia de ancianos o necesita servicios de enfermería a domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Se le ha diagnosticado a esta persona y está recibiendo tratamiento por alguno de los siguientes motivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Cáncer de mama • Cáncer de cuello de útero • Hiperplasia mamaria atípica • Lesión cervical precancerosa (CIN 2/3)	
13. ¿Desea esta persona solicitar los beneficios de planificación familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>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.</i>	
14. a. ¿Es esta persona un ciudadano de EE.UU.? (Nacido/a en EE.UU.; hijo/a de ciudadano de EE.UU.; o antiguo extranjero ahora naturalizado como ciudadano de EE.UU.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Es esta persona 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.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
15. Si esta persona no es ciudadana o nacional de EE.UU., ¿tiene un estatus de inmigración elegible? Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación de esta persona. a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de ID del documento: _____ c. ¿Ha vivido esta persona en Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. Fecha de entrada: _____ e. ¿Es esta persona, su cónyuge o su padre o madre un veterano o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
16. Si esta persona no ha solicitado un número de la Seguridad Social, indique los motivos <input type="checkbox"/> Emitido sólo por razones no laborales <input type="checkbox"/> Sin SSN por motivos religiosos <input type="checkbox"/> No puede obtener el SSN <input type="checkbox"/> Recién nacido, madre que recibe actualmente Medicaid <input type="checkbox"/> Recién nacido, madre que NO recibe Medicaid	
17. ¿Quiere esta persona ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si la respuesta es afirmativa, ¿el tamaño del hogar de esta persona era el mismo durante estos 3 meses que el actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Los ingresos del hogar de esta persona fueron los mismos durante estos 3 meses que los actuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es NO, introduzca el total de ingresos mensuales para: Último mes: \$ Hace 2 meses: \$ Hace 3 meses: \$	
18. ¿Vive esta persona con al menos un hijo menor de 19 años y es esta la persona principal que se ocupa de este hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
19. ¿Es esta persona un estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
20. ¿Estaba esta persona en régimen de acogida en Carolina del Sur cuando tenía 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
21. ¿Esta persona vive actualmente en un hogar de acogida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
22. ¿Esta persona vive actualmente en un hogar de grupo del DJJ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite 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 ADICIONAL

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

- Mexicano/a Mexicano/a-americano/a Chicano/a
 Puertorriqueño/a Cubano Otros: _____

24. Raza (OPCIONAL-marque todas las que correspondan)

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

Información sobre el trabajo y los ingresos actuales

- Empleado**
Si actualmente tiene un empleo, indíquenos los ingresos. Empieza 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 esta persona 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, ¿esta persona 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 _____
b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del negocio obtendrá esta persona de este trabajo por cuenta propia este mes?)
\$ _____

37. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todo lo que corresponda, e indique la cantidad y la frecuencia con la que esta persona los 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 que se le descuenta a esta persona. Si esta persona 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 (pregunta 36b).

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

39. **INGRESOS ANUALES:** Rellene sólo si los ingresos de esta persona cambian de un mes a otro.

El ingreso total de esta persona este año \$ _____ Su ingreso total de esta persona del próximo año (si cree que será diferente) \$ _____

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite 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**.