



Requerimentos para Medicaid e Cobertura de Saúde Acessível

Use esta inscrição para verificar
quais opções de cobertura você se
qualifica

- Planos de saúde privados acessíveis que oferecem cobertura abrangente para ajudá-lo a permanecer com saúde.
- Um novo crédito fiscal que pode ajudá-lo imediatamente a pagar o prêmio de cobertura de saúde.
- Seguro gratuito ou de baixo custo do Medicaid ou do Children's Health Insurance Program (CHIP).

Inscreva-se mais rápido online

- Inscreva-se mais rápido online [em SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).

O que você pode
necessitar para candidatar-se

- Números da Previdência Social (ou números de documentos para quaisquer imigrantes legais que necessitem de seguro)
- Empregador e informações de renda para todos em sua família (por exemplo, recibos de pagamento, formulários W-2 ou declarações de salários e impostos)
- Números de apólice de qualquer seguro de saúde atual
- Informações sobre quaisquer seguros de saúde relacionado ao emprego disponível para a sua família.

Por que solicitamos
essa informação?

Indagamos sobre renda e outras informações para informá-lo qual cobertura está qualificado e como obter ajuda para pagá-la. **Manteremos todas as informações que você fornecer privadas e seguras, conforme exigido por lei.** Para visualizar a Declaração da Lei sobre Privacidade, visite <https://www.scdhhs.gov/internet/pdf/SCDHHSNoticeofPrivacyPractices080107.pdf>.

O que acontece a seguir?

- Envie sua inscrição completa e assinada para o endereço na página de assinaturas.
- **Caso não tenha todas as informações que solicitamos, assine e envie sua inscrição assim mesmo.** Entraremos em contato com você em 1–2 semanas. Você receberá instruções sobre as próximas etapas para preencher seu requerimento de cobertura de saúde.



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

Quem pode usar esta inscrição?

- Use esta inscrição para registrar qualquer pessoa da sua família.
- Inscreva-se mesmo que você ou seu filho já tenham cobertura de saúde. Você pode ser elegível para cobertura gratuita ou de baixo custo.
- Se você for solteiro, poderá usar um formulário curto.
Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Famílias que incluem imigrantes podem se inscrever. Você pode solicitar para seu filho mesmo se não tiver direito à cobertura. A inscrição não afetará seu status de imigração ou a probabilidade de se tornar um residente permanente ou cidadão.
- Se alguém estiver ajudando você a preencher este formulário, pode ser necessário preencher o Formulário de Representante Autorizado (1282), que pode ser baixado em [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov).

Fale um pouco sobre você e sua família.

Quem necessita incluir nesta inscrição? Conte-nos sobre todos os membros da família que moram com você. Se você realiza declaração de imposto de renda, necessitamos saber sobre todos que constam da sua declaração de renda. (Você não precisa declarar imposto de renda para obter cobertura de saúde.)

INCLUA:

- Você mesmo
- Seu cônjuge
- Seus filhos menores de 21 anos que moram com você.
- Seu parceiro solteiro que precisa de cobertura de saúde
- Qualquer pessoa que você incluir em sua declaração de imposto de renda, mesmo que não habite consigo.
- Qualquer outra pessoa, com menos de 21 anos de quem você cuida e habita consigo.

Você NÃO tem que incluir:

- Seu parceiro solteiro que não precisa de cobertura de saúde.
- Os filhos do seu parceiro solteiro.
- Seus pais que moram com você, mas preenchem sua própria declaração de imposto de renda (se você tiver mais de 21 anos).
- Outros parentes adultos que apresentam sua própria declaração de imposto de renda.

A quantidade de assistência ou tipo de programa para o qual você se qualifica depende do número de pessoas em sua família e respectivos rendimentos. Essas informações nos ajudam a garantir que todos tenham a melhor cobertura possível.

Obtenha ajuda com esta inscrição aplicação

Online: [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov)

Telefone: Ligue para nossa Central de Ajuda em **1-888-549-0820**.

Pessoalmente: Pode haver consultores na sua área que podem lhe ajudar. Visite **nosso site** ou ligue para **1-888-549-0820** para obter mais informações.

En Español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-888-549-0820**.



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, llame **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

ETAPA 1

Alguns programas Medicaid que cobrem serviços específicos exigem informações adicionais para determinar a elegibilidade. Ao completar esta seção, poderemos solicitar as informações mais relevantes para o seu pedido. Se alguém que se inscreveu para cobertura atender aos critérios a seguir, marque todos os itens que se aplicam. **Mesmo se você ou seus membros da família não preenchem a nenhum desses critérios, você ainda pode se qualificar para o Medicaid. Caso não se aplique, não marque nada; iremos avaliá-lo para todos os tipos de cobertura disponíveis.**

- | | |
|--|--|
| ☐ Precisa morar em um centro médico ou lar de idosos ou precisa de serviços de enfermagem a domicílio | ☐ Incapacidade presumível Esta caixa para uso piloto |
| ☐ Recebendo tratamento para um dos seguintes:
- Câncer de mama - Câncer cervical - Hiperplasia mamária atípica
- Lesão Cervical Pré-cancerosa (CIN 2/3) | ☐ Ter uma deficiência física ou |
| ☐ SSI está terminando e é necessário solicitar novamente Medicaid (exemplo: uma carta citando a Emenda Pickle) | ☐ Intelectual Com 65 anos, ou mais |
| ☐ Refugiado estrangeiro que obteve asilo nos EUA | ☐ Recebe Medicare |
| | ☐ Candidatura para Isenção PCSC |
| | ☐ Candidatura ao TEFRA |

Inicie consigo, em seguida, adicione outros adultos e crianças. Se você tiver mais de 4 pessoas em sua família, precisará fazer uma cópia das páginas e anexá-las. Você não precisa fornecer status de imigração ou um número de previdência social (SSN) para familiares que não precisam de cobertura de saúde. Manteremos todas as informações fornecidas confidenciais e sigilosas conforme a lei. Usaremos informações pessoais apenas para verificar se você tem direito à cobertura de saúde. Precisamos de um adulto da família para ser a pessoa de contato para a sua inscrição.

Pessoa de contato principal

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo

2. Endereço residencial (deixe em branco se não tiver um.)

3. Número do apartamento ou suíte

4. Cidade

5. Estado

6. CEP

7. Município

8. Endereço para correspondência (se for diferente do endereço residencial):

9. Número do apartamento ou suíte

10. Cidade

11. Estado

12. CEP

13. Município

☐☐

Endereço de e-mail: _____

17. Qual o seu idioma falado ou escrito preferido (senão o inglês)? _____

Alguém está ajudando você a preencher este formulário?

1. Data de início da inscrição

2. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue para **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

PASSO 1: INDIVÍDUO 1

Conclua a Etapa 1 para cada membro de sua família.
Inicie com as suas informações.

Conclua a Etapa 1 para si, seu cônjuge / parceiro e filhos que moram com você e / ou qualquer pessoa na sua declaração de imposto de renda federal, caso você apresente. Consulte as instruções para obter mais informações sobre quem incluir. Se você não apresentar uma declaração de imposto de renda, lembre-se de adicionar familiares que habitem com você.

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo _____

2. Relação consigo? _____

AUTO-AVALIAÇÃO

3. Data de Nascimento (mm/dd/aaaa) 4. Sexo: ☐ Masculino 5. Número do Seguro Social
☐ Feminino

a. Se você não tem um SSN, já se inscreveu para obter? ☐ Sim ☐ Não Se não, indique o motivo em Questão 15

[socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Os usuários de TTY devem ligar para 1-888-842-3620.

6. Você planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO?

☐ SIM. Em caso afirmativo, responda às perguntas a – c.

☐ NÃO. Se negativo, pule para a pergunta c.

a. Você submeterá com seu cônjuge? Sim ☐ Não ☐ Se sim, nome do cônjuge: _____

b. Você reivindicará algum dependente em sua declaração de imposto de renda? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, liste os dependentes: _____

c. Você será declarado dependente na declaração de imposto de renda de alguém? ☐ Sim ☐ Não

7. Você está grávida ou recém-grávida? ☐ Sim ☐ Não Se sim, a. Quantos bebês são esperados? _____ b. Qual é a data esperada? _____

c. Se recentemente foi grávida insira a data em que a gravidez terminou: _____

d. Você se inscreveu no Medicaid no último dia de gravidez? ☐ Sim ☐ Não

8. Você precisa de cobertura de saúde? (Mesmo se você tiver seguro, pode haver um programa com melhor cobertura ou custos mais baixos.)

☐ SIM ☐ NÃO

9. Você tem uma condição de saúde física, mental ou emocional incapacitante que causa limitações nas atividades? ☐ Sim ☐ Não

10. Precisa morar em um centro médico ou lar de idosos ou precisa de serviços de enfermagem a domicílio ☐ Sim ☐ Não

11. Você foi diagnosticado e está recebendo tratamento para algum dos seguintes? ☐ Sim ☐ Não

• Câncer de mama • Câncer cervical • Hiperplasia mamária atípica • Lesão cervical pré-cancerosa (CIN 2/3)

12. Deseja se inscrever para receber os benefícios do Planejamento Familiar? ☐ Sim ☐ Não

O Planejamento Familiar é um programa de benefícios limitados, que fornece serviços de planejamento familiar, serviços relacionados ao planejamento familiar e certos exames preventivos limitados. O planejamento familiar não é cobertura completa do Medicaid. Se você deixar esta pergunta em branco, não o avaliaremos para o Planejamento Familiar.

13. a. Você é um cidadão dos E.U.A? (Nascido nos EUA; filho de cidadão americano; ou ex-estrangeiro agora naturalizado como ☐ Sim ☐ Não

b. Você é um cidadão americano? (Nascido em Território não incorporado dos Estados Unidos que opta por ser um residente, ☐ Sim ☐ Não

14. Se você não é cidadão ou naturalizado americano, você tem status de imigração qualificado?

Se SIM, preencha o tipo de documento e o número de identificação abaixo.

a. Tipo de documento de imigração: _____ b. Número de identificação do documento: _____

c. Você mora nos Estados Unidos desde 1996? ☐ Sim ☐ Não

d. Você, seu cônjuge ou pai é veterano, ou membro na ativa das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

15. Se você não solicitou um número de seguro social, liste o motivo:

☐ Emitido apenas por motivos não relacionados ao trabalho. ☐ Não há SSN por motivos religiosos. ☐ Não elegível para SSN.

☐ Recém-nascido, mãe atualmente está recebendo Medicaid. ☐ Recém-nascido, mãe que NÃO recebe Medicaid

16. Quer ajuda para pagar as contas médicas dos últimos 3 meses? ☐ Sim ☐ Não

a. Se SIM, o tamanho de seu domicílio permaneceu igual durante esses 3 meses como neste momento? ☐ Sim ☐ Não

b. Durante estes 3 meses, a sua renda familiar foi a mesma que a atual? ☐ Sim ☐ Não

Se NÃO, insira a renda mensal total de: Último mês: \$ _____ 2 Meses Atrás: \$ _____ 3 Meses Atrás: \$ _____

17. Você mora com pelo menos um filho menor de 19 anos e é a principal pessoa que cuida dele? ☐ Sim ☐ Não

18. Você é estudante em tempo integral? ☐ Sim ☐ Não

19. Você esteve em lar de adoção na Carolina do Sul aos 18 anos ou mais? ☐ Sim ☐ Não

20. Você está atualmente morando em lar de adoção? ☐ Sim ☐ Não

21. Você está atualmente morando em uma casa de grupo DJJ? ☐ Sim ☐ Não

Agora, reporte sobre qualquer renda na próxima página. ➡



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para 1-888-549-0820. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue 1-888-549-0820. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para 1-888-549-0820 e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para 1-888-842-3620.

PASSO 1: INDIVÍDUO 1

22. Se hispânico / latino, etnia (OPCIONAL)

- ☐ Mexicano ☐ Mexicano-americano ☐ Chicano /a ☐ Porto-Riquenho
☐ Cubano ☐ Outra: _____

23. Raça (OPCIONAL - marque todas as)

- ☐ Branco ☐ Hawai Nativo ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Afro-Americano
☐ Chinês ☐ Japonês ☐ Vietnamita ☐ Indiano Ásia ☐ Outros Ásia
☐ Samoa ☐ Índio Americano ou nativo do Alaska ☐ Nativo de Guam ou
Outro ilha do Pacífico Outro: _____

Trabalho atual e informações de renda

☐ Empregado(a)

Se você está empregado atualmente, informe sobre sua renda. Comece com a pergunta 24.

☐ Desempregado

Pule para pergunta 36.

☐ Autônomo

Pule para pergunta 35.

TRABALHO ATUAL 1:

24. Nome e endereço do empregador _____

25. Telefone do Empregador _____

26. Salários / gorjetas (antes dos impostos) ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual

27 Média de horas trabalhadas por semana _____

28. Data de início _____

EMPREGO ATUAL 2: (Se você tiver mais empregos e precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel)

29. Nome e endereço do empregador _____

30. Telefone do Empregador _____

30. Salários / gorjetas (antes dos impostos) ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual

\$ _____

32. Média de horas trabalhadas por semana _____

33. Data de início _____

34. No ano passado, você: ☐ Trocou de emprego ☐ Parou de trabalhar ☐ Começou a trabalhar menos horas ☐ Nenhuma destas

35. Se for autônomo, responda às seguintes perguntas:

a. Tipo de trabalho b. Qual é a renda líquida (lucros, a receber deste trabalho autônomo no mês dado que as despesas do negócio são quitadas?)

\$ _____

36. **OUTROS RENDIMENTOS NO MÊS:** Marque todas as opções que se aplicam e forneça o valor e a frequência com que você receberá.

NOTA: Você não precisa nos informar sobre pensão alimentícia, pagamentos de veteranos ou Supplemental Security Income (SSI).

☐ Nenhum

☐ Desempregado \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Líquido/Agricultura/pesca \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Pensão \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Líquido/Royalties/Aluguel \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Seguro Social \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Outras rendas \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Aposentadoria Conta \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Tipo \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Pensão Alimentícia \$ _____

Qual Frequência _____

☐ Tipo \$ _____

Qual Frequência _____

37. **DEDUÇÕES:** marque todas as opções aplicáveis, informe o valor e a frequência com que você o recebe.

Se o INDIVÍDUO 1 pagar por itens que podem ser deduzidos em uma declaração de imposto de renda federal, informe-nos sobre isto pois poderá diminuir um pouco o custo da cobertura de saúde.

NOTA: Você não deve incluir um custo que já tenha considerado em sua resposta no líquido do trabalho autônomo.

☐ Pensão alimentícia paga \$ qual frequência? _____

☐ Outras deduções: _____

Qual frequência? _____

☐ Juros do empréstimo estudantil \$ qual frequência? _____

Tipo: _____

38. **RENDA ANUAL:** Preencha apenas se a renda da INDIVÍDUO 1 mudar de mês em mês.

Se você não espera mudanças na renda mensal do INDIVÍDUO 1, adicione outra pessoa nas páginas a seguir.

A renda total do INDIVÍDUO 1 neste ano

A renda total do INDIVÍDUO 1 no próximo ano (se considera que será diferente)

\$ _____

\$ _____



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite SCDHHS.gov ou ligue para 1-888-549-0820. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue 1-888-549-0820. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para 1-888-549-0820 e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para 1-888-842-3620.

PASSO 1: INDIVÍDUO 2

Conclua a Etapa 1 para cada membro de sua família.
Inicie com as suas informações.

Conclua a Etapa 1 para si, seu cônjuge / parceiro e filhos que moram com você e / ou qualquer pessoa na sua declaração de imposto de renda federal, caso você apresente. Consulte as instruções para obter mais informações sobre quem incluir. Se você não apresentar uma declaração de imposto de renda, lembre-se de adicionar familiares que habitem com você.

1. Nome, nome do meio, sobrenome e sufixo _____

2. Relação consigo? _____

AUTO-AVALIAÇÃO

4. Data de Nascimento (mm/dd/aaaa) 4.Sexo: ☐ Masculino 5. Número do Seguro Social _____
☐ Feminino b. Se você não tem um SSN, já se inscreveu para obter? ☐ Sim ☐ Não Se não, indique o motivo em **Questão 15**

Necessitamos disso se deseja cobertura de saúde e tiver um SSN. Fornecer seu SSN pode ser útil se você não quiser cobertura de saúde, pois pode acelerar o processo de inscrição. Utilizamos SSNs para verificar a renda e outras informações para verificar quem está qualificado para receber ajuda com cobertura dos custos de saúde. Se alguém quiser ajuda para obter um SSN, ligue para 1-800-772-1213 ou visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Os usuários de TTY devem ligar para 1-888-842-3620.

9. Você planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO?

(Você ainda pode se inscrever para o seguro saúde, mesmo se não apresentar uma declaração de imposto de renda federal.)

☐ SIM. Em caso afirmativo, responda às perguntas a – c. ☐ NÃO. Se negativo, pule para a pergunta c.

a. Você submeterá com seu cônjuge? Sim ☐ Não ☐ Se sim, nome do cônjuge: _____

b. Você reivindicará algum dependente em sua declaração de imposto de renda? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, liste os dependentes: _____

c. Você será declarado dependente na declaração de imposto de renda de alguém? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, liste o contribuinte: _____ Qual sua relação com o contribuinte? _____

10. Você está grávida ou recém-grávida? ☐ Sim ☐ Não Se sim, a. Quantos bebês são esperados? _____ b. Qual é a data esperada? _____

c. Se recentemente foi grávida insira a data em que a gravidez terminou: _____

d. Você se inscreveu no Medicaid no último dia de gravidez? ☐ Sim ☐ Não

11. Você precisa de cobertura de saúde? (Mesmo se você tiver seguro, pode haver um programa com melhor cobertura ou custos mais baixos.)

☐ SIM. Se sim, responda a todas as perguntas abaixo. ☐ NÃO. Se negativo, pule para as questões de renda. Deixe o resto desta página em branco.

9. Você tem uma condição de saúde física, mental ou emocional incapacitante que causa limitações nas atividades? ☐ Sim ☐ Não

10. Precisa morar em um centro médico ou lar de idosos ou precisa de serviços de enfermagem a domicílio ☐ Sim ☐ Não

12. Você foi diagnosticado e está recebendo tratamento para algum dos seguintes? ☐ Sim ☐ Não

• Câncer de mama • Câncer cervical • Hiperplasia mamária atípica • Lesão cervical pré-cancerosa (CIN 2/3)

12. Deseja se inscrever para receber os benefícios do Planejamento Familiar? ☐ Sim ☐ Não

O Planejamento Familiar é um programa de benefícios limitados, que fornece serviços de planejamento familiar, serviços relacionados ao planejamento familiar e certos exames preventivos limitados. O planejamento familiar não é cobertura completa do Medicaid. Se você deixar esta pergunta em branco, não o avaliaremos para o Planejamento Familiar.

13. a. Você é um cidadão dos E.U.A? (Nascido nos EUA; filho de cidadão americano; ou ex-estrangeiro agora naturalizado como ☐ Sim ☐ Não

b. Você é um cidadão americano? (Nascido em Território não incorporado dos Estados Unidos que opta por ser um residente, ☐ Sim ☐ Não

14. Se você não é cidadão ou naturalizado americano, você tem status de imigração qualificado?

Se SIM, preencha o tipo de documento e o número de identificação abaixo.

☐ Sim ☐ Não

a. Tipo de documento de imigração: _____ b. Número de identificação do documento: _____

e. Você mora nos Estados Unidos desde 1996? ☐ Sim ☐ Não

f. Você, seu cônjuge ou pai é veterano, ou membro na ativa das forças armadas dos EUA? ☐ Sim ☐ Não

17. Se você não solicitou um número de seguro social, liste o motivo:

☐ Emitido apenas por motivos não relacionados ao trabalho. ☐ Não há SSN por motivos religiosos. ☐ Não elegível para SSN.

☐ Recém-nascido, mãe atualmente está recebendo Medicaid. ☐ Recém-nascido, mãe que NÃO recebe Medicaid

18. Quer ajuda para pagar as contas médicas dos últimos 3 meses? ☐ Sim ☐ Não

a. Se SIM, o tamanho de seu domicílio permaneceu igual durante esses 3 meses como neste momento? ☐ Sim ☐ Não

b. Durante estes 3 meses, a sua renda familiar foi a mesma que a atual? ☐ Sim ☐ Não

Se NÃO, insira a renda mensal total de: Último mês: \$ _____ 2 Meses Atrás: \$ _____ 3 Meses Atrás: \$ _____

17. Você mora com pelo menos um filho menor de 19 anos e é a principal pessoa que cuida dele? ☐ Sim ☐ Não

18. Você é estudante em tempo integral? ☐ Sim ☐ Não

19. Você esteve em lar de adoção na Carolina do Sul aos 18 anos ou mais? ☐ Sim ☐ Não

20. Você está atualmente morando em lar de adoção? ☐ Sim ☐ Não

21. Você está atualmente morando em uma casa de grupo DJJ? ☐ Sim ☐ Não



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para 1-888-549-0820. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue 1-888-549-0820. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para 1-888-549-0820 e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para 1-888-842-3620.

PASSO 1: INDIVÍDUO 2

22. Se hispânico / latino, etnia (OPCIONAL)

- ☐ Mexicano ☐ Mexicano-americano ☐ Chicano /a ☐ Porto-Riquenho
☐ Cubano ☐ Outra: _____

23. Raça (OPCIONAL - marque todas as)

- ☐ Branco ☐ Hawai Nativo ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Afro-Americano
☐ Chinês ☐ Japonês ☐ Vietnamita ☐ Indiano Ásia ☐ Outros Ásia
☐ Samoa ☐ Índio Americano ou nativo do Alaska ☐ Nativo de Guam ou
Outro ilha do Pacífico Outro: _____

Trabalho atual e informações de renda

☐ Empregado(a)

Se você está empregado atualmente, informe sobre sua renda. Comece com a pergunta 24.

☐ Desempregado

Pule para pergunta 36.

☐ Autônomo

Pule para pergunta 35.

TRABALHO ATUAL 1:

24. Nome e endereço do empregador _____

25. Telefone do Empregador _____

26. Salários / gorjetas (antes dos impostos) ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual

27 Média de horas trabalhadas por semana _____

28. Data de início _____

EMPREGO ATUAL 2: (Se você tiver mais empregos e precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel)

29. Nome e endereço do empregador 30. Telefone do Empregador _____

30. Salários / gorjetas (antes dos impostos) ☐ Por hora ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal ☐ Anual

\$ _____

32. Média de horas trabalhadas por semana _____

33. Data de início _____

39. No ano passado, você:

- ☐ Trocou de emprego ☐ Parou de trabalhar ☐ Começou a trabalhar menos horas ☐ Nenhuma destas

40. Se for autônomo, responda às seguintes perguntas:

a. Tipo de trabalho b. Qual é a renda líquida (lucros, a receber deste trabalho autônomo no mês dado que as despesas do negócio são quitadas?)

\$ _____

41. **OUTROS RENDIMENTOS NO MÊS:** Marque todas as opções que se aplicam e forneça o valor e a frequência com que você receberá.

NOTA: Você não precisa nos informar sobre pensão alimentícia, pagamentos de veteranos ou Supplemental Security Income (SSI).

☐ Nenhum

☐ Desempregado \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Líquido/Agricultura/pesca \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Pensão \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Líquido/Royalties/Aluguel \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Seguro Social \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Outras rendas \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Aposentadoria Conta \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Tipo \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Pensão Alimentícia \$ _____ Qual Frequência _____

☐ Tipo \$ _____ Qual Frequência _____

42. **DEDUÇÕES:** marque todas as opções aplicáveis, informe o valor e a frequência com que você o recebe.

Se o INDIVÍDUO 1 pagar por itens que podem ser deduzidos em uma declaração de imposto de renda federal, informe-nos sobre isto pois poderá diminuir um pouco o custo da cobertura de saúde.

NOTA: Você não deve incluir um custo que já tenha considerado em sua resposta no líquido do trabalho autônomo.

☐ Pensão alimentícia paga \$ qual frequência? _____ ☐ Outras deduções: _____ Qual _____

☐ Juros do empréstimo estudantil \$ qual frequência? _____ Tipo: _____

43. **RENDA ANUAL:** Preencha apenas se a renda da INDIVÍDUO 1 mudar de mês em mês.

Se você não espera mudanças na renda mensal do INDIVÍDUO 1, adicione outra pessoa nas páginas a seguir.

A renda total do INDIVÍDUO 1 neste ano

A renda total do INDIVÍDUO 1 no próximo ano (se considera que será diferente)

\$ _____

\$ _____



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

ETAPA 2 Índios americanos ou membros de família nativos do Alasca(AI/AN)

1. Você é ou alguém em sua família é índio-americano, ou nativo do Alasca?

☐ **Se NÃO**, pule para a Etapa 3.

☐ **SIM. Se SIM**, peça e preencha o Formulário 3400-Apêndice B do SCDHHS (índio-americano ou membro da família nativa do Alasca).

ETAPA 3 Cobertura de saúde da sua família

Responda a essas perguntas para quem precisa de cobertura de saúde.

1. **Alguém já inscrito na cobertura de saúde?** Se disponível, favor fornecer cópia do cartão do seguro.

☐ **SIM.** Em caso afirmativo, verifique o tipo de cobertura e escreva o (s) nome (s) da (s) pessoa (s) ao lado da cobertura que possui. **Não** ☐

☐ Usuários do Medicaid (Programa de Saúde Social dos EUA)

☐ CHIP

☐ Medicare

Número da solicitação

Data de início da cobertura do Medicare:

☐ TRICARE (não verifique se você tem atendimento direto do Line Of Duty)

Programas de saúde VA:

☐ Peace Corps:

☐ Seguro empregador

Nome do seguro saúde:

Número da apólice:

Data de

Esta é uma cobertura COBRA?

☐ Sim ☐ Não

Este é um plano de saúde para aposentados?

☐ Sim ☐ Não

☐ Outro seguro saúde

Nome do seguro saúde:

Número da apólice:

Data de Início:

Este é um plano de benefícios por tempo limitado (ex: política de acidentes escolares)?

☐ Sim ☐ Não

2. **Alguém listado nesta inscrição ofereceu cobertura de saúde através do emprego?** Marque sim, mesmo se a cobertura originar de emprego de outra pessoa, como um dos pais ou cônjuge.

☐ **SIM. Se SIM**, você precisará preencher e incluir o Apêndice A. É um plano de benefícios de funcionários estaduais? ☐ Sim ☐ Não

☐ **NÃO. Se NÃO**, vá para a Etapa 4.

ETAPA 4

Leia e assine. Por favor, leia os seguintes direitos e responsabilidades. Se você discordar de uma declaração, sua elegibilidade para os programas pode ser afetada. É necessária uma assinatura para concluir o processo de inscrição e enviar à agência.

1. Ciente, conforme a lei federal, a discriminação não é permitida com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência. Posso apresentar uma queixa de discriminação ao ligar para (888) 808-4238 ou escrever para a Divisão de Direitos Civis, SCDHHS, Caixa Postal 8206, Columbia, SC 29202-8206.
2. Ciente que serei solicitado a cooperar com a agência que coleta suporte médico de um pai ausente. Se eu considerar que cooperando para obter suporte médico, irá prejudicar a mim ou os meus filhos, posso informar à agência e não necessito cooperar.
3. Eu atribuo e concedo meus direitos a quaisquer pagamentos de um terceiro responsável ao SCDHHS até o valor do pagamento que a Healthy Connections fez para meu atendimento médico. Esta atribuição se aplica a qualquer um dos meus filhos menores que possam estar lesados. Esses pagamentos podem incluir pagamentos de seguro saúde, acordos judiciais ou terceiros. Também entendo que tenho o dever de cooperar na identificação e no fornecimento de informações para auxiliar a Healthy Connections na busca por terceiros que possam ser responsáveis pelo pagamento de cuidados e serviços.
4. Eu entendo que devo cooperar totalmente com os funcionários estaduais e federais, caso meu caso seja analisado. Também entendo que, como condição de elegibilidade, devo solicitar e tomar medidas para obter quaisquer outros benefícios, incluindo, mas não se limitando, a anuidades, pensões, aposentadoria, invalidez e outros benefícios.
5. Como candidato / beneficiário dos serviços do Medicaid, entendo que há dois grupos de pessoas afetadas pela recuperação de bens:
 - Uma pessoa de qualquer idade que foi paciente em uma instituição de enfermagem, instituição de cuidados intermediários para deficientes intelectuais ou outra instituição médica no momento da morte, e que foi obrigado a pagar com a maior parte de sua renda pelo custo dos cuidados; ou
 - Uma pessoa que tinha 55 anos de idade ou mais quando recebeu assistência médica, que consiste em serviços de enfermagem, serviços domiciliares, comunitários hospitalares e de medicamentos fornecidos a indivíduos em instalações de enfermagem ou recebendo serviços domiciliares baseados na comunidade. Entendo que ao receber qualquer um desses serviços, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos entrará com uma demanda contra meu espólio (todos os bens pessoais e imóveis de minha propriedade no momento da minha morte) pelo valor que a Medicaid pagou por meus serviços.



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

6. Ciente que devo dizer ao SCDHHS dentro de 10 dias se alguma informação que listei nesta inscrição mudar e diferir do que escrevi nesta inscrição. Entendo que uma mudança nas minhas informações pode afetar a elegibilidade de membro (s) da minha família.
7. As informações que forneço nesta inscrição e em futuras interações com o SCDHHS serão usadas para verificar minha elegibilidade para ajudar no pagamento da cobertura de saúde, se eu decidir me inscrever. Se as informações que fornecer não corresponderem aos dados eletrônicos, posso ser solicitado a enviar um comprovante. Sei que, a menos que eu peça especificamente para ser excluído, as informações coletadas serão armazenadas seguramente para garantir que os serviços prestados à minha família e a mim, sejam suficientes e necessários.
8. Se considerar que a SCDHHS, a agência que administra o Healthy Connections, o programa Medicaid do estado, cometeu um erro, posso apelar da decisão. Apelar significa dizer a alguém no SCDHHS que considero a ação errada e pedir uma audiência justa. Devo enviar um pedido por escrito para tal audiência ao SCDHHS. Ciente que posso, representar-me ou ser representado por outra pessoa que não eu.
9. Ciente que, as informações pessoais de saúde que forneço, ou que são coletadas posteriormente pelo SCDHHS são cobertas pela Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro Saúde de 1996 (HIPAA) e receberei um Aviso de Práticas de Privacidade com meu (s) Cartão (ões) de Conexões Saudáveis (Healthy Connections Card(s)).

Alguma criança neste formulário tem um dos pais que mora fora de casa? ☐ Sim ☐ Não

Confirmo que ninguém que se inscreveu para seguro saúde nesta inscrição está encarcerado (detido ou preso). Se não,

_____ está encarcerado.

Renovação da cobertura nos próximos anos

Para tornar mais fácil determinar minha elegibilidade para ajuda no pagamento de cobertura de saúde em anos futuros, concordo em permitir que o Medicaid ou o Health Insurance Marketplace usem dados de renda, incluindo informações de declarações de impostos. O Medicaid irá enviar-me um aviso, permitindo fazer quaisquer alterações e posso cancelar a qualquer momento.

Sim, renove minha elegibilidade automaticamente para o próximo:

- ☐ 5 anos (o número máximo de anos permitido), ou por um número menor de anos:
☐ 4 anos ☐ 3 anos ☐ 2 anos ☐ 1 ano ☐ Não use informações de declarações de impostos para renovar minha cobertura.

Assine esta inscrição. A pessoa que preencheu a Etapa 1 deve assinar este formulário. Se você for um representante autorizado, poderá assinar aqui, desde que tenha fornecido as informações exigidas no Formulário DHHS 1282 - Representante Autorizado.

Ao assinar, declaro que li e concordo com os direitos e responsabilidades declarados nesta inscrição. Estou assinando este requerimento sob pena de perjúrio. Isso significa que forneci respostas verdadeiras a todas as perguntas neste formulário, tanto quanto é do meu conhecimento. Ciente, se não for autêntico, pode haver uma penalidade segundo a lei federal.

Data de assinatura (mm / dd / aaaa)

Imprima este formulário e assine-o na linha acima antes de enviar.

ETAPA 5 Envie o formulário preenchido.

Envie sua inscrição assinada para:

**SCDHHS -Caixa Postal
Central 100101
Columbia SC 29202-3101**

Se você deseja se registrar para votar, pode preencher um formulário de registro de eleitor em scvotes.org.



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

APÊNDICE A

Cobertura de saúde de empregos

Você NÃO precisa responder a essas perguntas, a menos que alguém da residência seja elegível para cobertura de saúde de um emprego. Anexe uma cópia desta página para cada trabalho que oferece cobertura.

Conte-nos sobre o emprego que oferece cobertura.

Leve a Ferramenta de Cobertura do Empregador da próxima página ao empregador que oferece cobertura, para ajudá-lo a responder a essas perguntas. Você só precisa incluir esta página ao enviar sua inscrição, não a Ferramenta de Cobertura do Empregador.

Informações sobre funcionários

1. Nome do funcionário (nome, nome do meio, sobrenome) 2. Número de Previdência Social do empregado

Informações do EMPREGADOR

3. Nome do empregador		Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
5. Endereço do empregador		6. Telefone do Empregador ()
7. Cidade	8. Estado	9. CEP
10. Quem podemos contatar sobre a cobertura de saúde do		
11. Número de telefone (se diferente do acima) ()		12. E-mail.

13. Você está atualmente qualificado para a cobertura oferecida por este empregador ou se tornará elegível nos próximos 3 meses?

☐ **SIM.** Se SIM, continue abaixo. ☐ **NÃO.** Se NÃO, pare aqui e vá para a Etapa 3 na inscrição.

13a. Se você estiver em um período de espera ou de estágio, quando poderá se inscrever na cobertura? _____ (dd/mm/aaaa)

Liste os nomes de todas as outras pessoas qualificadas para a cobertura deste trabalho.

Nome: _____ Nome: _____ Nome: _____

Informe sobre o plano de saúde oferecido por este empregador.

14. O empregador oferece plano de saúde que atenda ao padrão de valor mínimo *? ☐ Sim ☐ Não

15. Para o plano de menor custo que atende ao padrão de valor mínimo * oferecido apenas ao funcionário (não inclui planos familiares): Se o empregador possui programas de bem-estar, oferece o prêmio que o(a) funcionário(a) pagaria se recebesse o desconto máximo para qualquer programa de abandono de tabagismo e não recebesse nenhum outro desconto, com base em programas de bem-estar.

a. Quanto o funcionário teria que pagar em prêmios para este plano? \$ _____

b. Qual frequência ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes ao mês ☐ Mensal ☐ Anual

16. Qual mudança o empregador efetuará para o plano no novo ano(se conhecido)?

☐ O empregador não oferecerá cobertura de saúde.

☐ O empregador oferecerá cobertura de saúde aos funcionários ou irá alterar o prêmio para o plano de menor custo disponível, apenas para o funcionário que atenda ao padrão de valor mínimo.* (O prêmio deve refletir o desconto para programas de bem-estar. Veja a pergunta 15.)

a. Quanto o funcionário teria que pagar em prêmios para este plano? \$ _____

b. Qual frequência? ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal

Anual Data de mudança (mm/dd/aaaa): _____

* Um plano de saúde patrocinado pelo empregador atende ao "padrão de valor mínimo" caso a participação do plano nos custos de benefícios totais permitidos, cobertos pelo plano, não for inferior a 60 por cento de tais custos [Seção 36B (c) (2) (C) (ii) do Código da Receita Federal de 1986]



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

FERRAMENTA DE COBERTURA DO EMPREGADOR

Cobertura de saúde de empregos

Use esta ferramenta para ajudar a responder às perguntas no Apêndice A sobre qualquer cobertura de saúde do empregador para a qual você tem direito (mesmo se for do trabalho de outra pessoa, como um pai ou cônjuge). As informações nas caixas numeradas abaixo correspondem às caixas no Apêndice A. Por exemplo, a resposta à pergunta 14 nesta página deve corresponder à pergunta 14 no Apêndice A. Escreva o seu nome e número da Previdência Social nas casas 1 e 2 e peça ao empregador para preencher o restante do formulário. Preencha uma ferramenta para cada empregador que ofereça cobertura de saúde.



Informações sobre funcionários

O **funcionário** precisa preencher esta seção.

1. Nome do funcionário (nome, nome do meio, sobrenome) 2. Número de Previdência Social do empregado



Informações do EMPREGADOR

O **empregador** deve preencher esta seção.

3. Nome do empregador		Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
5. Endereço do empregador		6. Telefone do Empregador ()
7. Cidade	8. Estado	9. CEP
10. Quem podemos contatar sobre a cobertura de saúde do		
11. Número de telefone (se diferente do acima) ()		12. E-mail.

13. O funcionário está atualmente qualificado para a cobertura oferecida por este empregador ou o funcionário se tornará elegível nos próximos 3 meses?

☐ **SIM.** Se SIM, continue abaixo. ☐ **NÃO.** Se NÃO, pare aqui e vá para a Etapa 3 na inscrição.

13a. Se o funcionário não for elegível hoje, inclusive como resultado de um período de espera ou estágio, quando o funcionário é elegível para cobertura? _____
(dd/mm/aaaa)

Liste os nomes de todas as outras pessoas qualificadas para a cobertura deste trabalho.

Nome: _____ Nome: _____ Nome: _____

Informe sobre o **plano de saúde** oferecido por este empregador.

14. O empregador oferece plano de saúde que atenda ao padrão de valor mínimo *? Sim ☐ Não ☐

15. Para o plano de custo mais baixo que atende ao padrão de valor mínimo * oferecido apenas ao funcionário (não inclui planos familiares): Caso o empregador tem programas de bem-estar, forneça o prêmio que o funcionário pagaria se recebesse o desconto máximo para quaisquer programas de abandono do tabagismo; não recebeu nenhum outro desconto com base nos programas de bem-estar.

a. Quanto o funcionário teria que pagar em prêmios para este plano? \$ _____

b. Qual frequência? ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal

16. Qual mudança o empregador efetuará para o plano no novo ano (se conhecido)?

☐ O empregador não oferecerá cobertura de saúde.

☐ O empregador oferecerá cobertura de saúde aos funcionários ou irá alterar o prêmio para o plano de menor custo disponível, apenas para o funcionário que atenda ao padrão de valor mínimo.* (O prêmio deve refletir o desconto para programas de bem-estar. Veja a pergunta 15.)

a. Quanto o funcionário teria que pagar em prêmios para este plano? \$ _____

b. Qual frequência? ☐ Semanal ☐ A cada 2 semanas ☐ Duas vezes por mês ☐ Mensal

c. Anual Data de mudança (mm / dd / aaaa): _____

* Um plano de saúde patrocinado pelo empregador atende ao "padrão de valor mínimo" caso a participação do plano nos custos de benefícios totais permitidos, cobertos pelo plano, não for inferior a 60 por cento de tais custos [Seção 36B (c) (2) (C) (ii) do Código da Receita Federal de 1986]



NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite [SCDHHS.gov](https://www.scdhhs.gov) ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, ligue para **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda num idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente, o idioma que necessita. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.

Autorização para divulgação de informações e nomeação de representante autorizado para inscrição / análises e recursos do Medicaid

Nome do candidato / membro do Medicaid

Número de Previdência Social

Nomear um Procurador(representante autorizado)

Você gostaria de permitir que alguém o represente em todos os assuntos relacionados ao seu caso?

Você pode dar permissão a uma pessoa ou organização de confiança para falar conosco sobre sua inscrição, ver suas informações e agir em seu nome em questões relacionadas à esta, incluindo obter informações sobre sua inscrição e assiná-la em seu nome. Essa pessoa também pode agir em seu nome em outros assuntos, incluindo análises, apelações e processos de atendimento gerenciado. Essa pessoa é denominada "representante autorizado". O trabalhador de elegibilidade do Medicaid pode liberar qualquer informação sobre sua inscrição / revisão e status ao seu representante autorizado ou a qualquer membro da organização indicada neste formulário. Mais de uma pessoa ou organização podem atuar como seu representante autorizado.

Você pode nomear, retirar ou alterar um representante autorizado a qualquer momento. Se você precisar alterar seu representante autorizado, entre em contato com a Healthy Connections. Se você for um representante legalmente nomeado para alguém nesta inscrição, você não precisa preencher esta seção.

Nome do representante autorizado (nome, nome do meio, sobrenome)

- ☐ Nova ☐ Adição ☐ Mudança
☐ Remover esta pessoa ou organização como meu representante autorizado

Endereço do representante autorizado (deixe em branco se não tiver)

Número do apartamento ou suíte

Cidade

Estado

CEP

Número de telefone do representante autorizado

Outro número de telefone

Endereço de e-mail do representante autorizado

Nome da organização (se aplicável)

Unidade * (se aplicável)

Número de identificação (se aplicável)

* É melhor identificar uma unidade específica para grandes organizações.

OU

Permissão para liberar informações

Há alguém com quem você gostaria que compartilhássemos informações sobre sua inscrição?

Ao preencher esta seção, você pode dar permissão para que a pessoa, a seguir, receba informações sobre sua inscrição / seu caso, mas ela não poderá agir em seu nome como um representante autorizado. Você também dá permissão ao SCDHHS para liberar informações sobre esta inscrição para essa pessoa ou organização adicional.

Nome da pessoa / organização

Telefone

Endereço

Cidade

Estado

CEP

Unidade (se aplicável)

Número de identificação (se aplicável)

Assinatura do candidato / membro do

Data

Se assinar com um "X", solicite à duas pessoas que assinem abaixo como testemunhas.

Testemunha: _____ Testemunha: _____

☐ membro está incapacitado e não pode assinar. SCDHHS reserva-se o direito de verificar a incapacidade do membro de assinar.

Forneça o motivo:

Envie seu formulário assinado para: SCDHHS - Central Mail, PO Box 100101, Columbia, SC 29202-3101 **Fax:** (888) 820-1204

NECESSITA DE AJUDA COM A SUA INSCRIÇÃO? Visite SCDHHS.gov ou ligue para **1-888-549-0820**. Para obter uma cópia deste formulário em Espanhol, llame **1-888-549-0820**. Se precisar de ajuda em um idioma diferente do inglês, ligue para **1-888-549-0820** e diga ao representante do atendimento ao cliente o idioma que você precisa. Obteremos ajuda sem nenhum custo para você. Os usuários de TTY devem ligar para **1-888-842-3620**.