



# Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos

Formulario aprobado por la  
OMB Nro. 0938-1191

ASPECTOS A TENER EN CUENTA



## Utilice esta solicitud para ver para qué cobertura califica

- Planes de seguro médico privados y asequibles que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse saludable.
- Un crédito tributario nuevo que puede ayudarlo a pagar sus primas de la cobertura de salud de inmediato.
- Seguro gratuito o de bajo costo de **Asistencia Médica**.  
**Puede calificar para obtener un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4).**



## ¿Quiénes pueden utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para aplicar para cualquier miembro de su familia.
- Realice la solicitud incluso si usted o su hijo/a ya tiene cobertura de salud. Puede ser elegible para recibir una cobertura de menor costo o gratuita.
- Si es soltero/a, puede utilizar un formulario más corto. Ingrese a [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden realizar la solicitud. Puede realizar la solicitud para su hijo/a incluso si usted no es elegible para la cobertura. Realizar la solicitud no afectará su estado de inmigración ni las posibilidades de convertirse en un residente o ciudadano permanente.
- Si alguien le está ayudando a completar este formulario, es posible que necesite completar el Anexo C.



## Realice la solicitud en línea más rápido

Realice la solicitud en línea más rápido en [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov).



## Lo que puede necesitar para realizar la solicitud

- Los Números de Seguro Social (o los números de documento para cualquier persona inmigrante legal que necesite el seguro)
- La información del empleador y de los ingresos para todos los miembros de su familia (por ejemplo, de los recibos de pago, formularios W-2, o de las declaraciones de salario o de impuestos)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado al empleo que esté disponible para su familia



## ¿Por qué le solicitamos esta información?

Le solicitamos información sobre los ingresos y otra información para informarle para qué cobertura califica y si puede obtener ayuda para pagarla. **Mantendremos segura y privada** toda la información que proporciona, **según lo exige la ley**.



## ¿Qué sucede a continuación?

Envíe la solicitud completa y firmada a la dirección que figura en la página 8. **Si no tiene toda la información que solicitamos, firme y envíe la solicitud de todas maneras.** Nos pondremos en contacto con usted dentro de 1 a 2 semanas. Obtendrá instrucciones para realizar los siguientes pasos para completar su cobertura de salud. Si no obtiene respuesta de nuestra parte, ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llame al **1-877-423-4746**. Completar esta solicitud no quiere decir que tiene que comprar la cobertura de salud.



## Obtenga ayuda con esta

- **En línea:** [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov)
- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-877-423-4746**.
- **En persona:** Es posible que haya asesores en su área que pueden ayudarlo. Ingrese a nuestro sitio web o llame al **1-877-423-4746** para obtener más información.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-877-423-4746**.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 1 Cuéntenos sobre usted.

(Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud.)

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo

2. Dirección del hogar (Deje en blanco si no tiene uno.)

3. Número de departamento o suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección de correo postal (si es distinta de la dirección del hogar)

9. Número de departamento o suite

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: \_\_\_\_\_

17. ¿Cuál es su idioma hablado o escrito de preferencia (si no es el inglés)?

a. Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete?  Sí  No

\* Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway. Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en [www.gateway.ga.gov](http://www.gateway.ga.gov) para actualizar la configuración de las notificaciones. Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.

## PASO 2 Cuéntenos sobre su familia.

### ¿A quiénes necesita incluir en esta solicitud?

Cuéntenos sobre todos los miembros de la familia que viven con usted. Si presenta impuestos, necesitamos la información de todas las personas en su declaración de impuestos. (No es necesario que presente impuestos para obtener la cobertura de salud).

#### INCLUYA a:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos/as menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja sin casarse que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años que usted cuide y viva con usted.

#### NO es necesario que incluya a:

- Su pareja sin casarse que no necesita cobertura de salud
- Los hijos/as de su pareja sin casarse
- Sus padres que viven con usted, pero presentan sus propias declaraciones de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan sus propias declaraciones de impuestos

La cantidad de asistencia o el tipo de programa para los cuales califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura que sea posible.

**Complete el Paso 2 para cada persona en su familia.** Comience con usted, luego agregue otros adultos/as o niños/as. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará realizar una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que proporcione el estado de inmigración o un Número de Seguro Social (SSN, en inglés) para los miembros de la familia que no necesitan la cobertura de salud. Mantendremos segura y privada toda la información que proporciona, según lo exige la ley. Utilizaremos la información personal solo para verificar si es elegible para obtener la cobertura de salud.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente del idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los niños/as que viven con usted o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar aun así a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo	2. ¿Vínculo con usted? <b>USTED</b>
3. Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

5. Número de seguro social(SSN) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Lo necesitamos si desea obtener la cobertura de salud y tiene un SSN.** Proporcionar su SSN también puede ser de ayuda si no desea obtener la cobertura de salud ya que puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quiénes son elegibles para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien desea recibir ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o ingrese a [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-255-0135.

### 6. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

(Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.)

**Sí Si la respuesta es sí**, responda las preguntas a–c.  **NO. Si la respuesta es no**, diríjase a la pregunta c.

a. ¿Presentará de manera conjunta con un cónyuge?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, nombre del/de la cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Usted será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, indique el nombre de la persona que declara impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su vínculo con la persona que declara impuestos? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto estimada \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ; y cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ; y cuántos bebés nacieron/se esperaban? \_\_\_\_\_

### 7. ¿Necesita una cobertura de salud?

(Incluso si tiene seguro, puede existir un programa con una mejor cobertura o con costos más bajos.)

**YES. Si la respuesta es sí**, responda todas las preguntas a continuación.   **NO. Si la respuesta es no**, DIRÍJASE a las preguntas sobre los ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. 

8. ¿Tiene una condición de salud física, mental, o emocional que genere limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.) o vive en una institución médica u hogar de cuidados?  Sí  No

9. ¿Es un/a ciudadano/a de los EE.UU. o nacional de EE.UU.?  Sí  No

### 10. Si no es un ciudadano/a de EE.UU. ni nacional de EE.UU., ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí Complete con el tipo de documento de inmigración y el número de certificado/extranjero a continuación.

a. Tipo de documento de \_\_\_\_\_

b. Número de certificado/extranjero \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?  Sí  No

d. ¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE.UU.?  Sí  No

11. ¿Desea obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

12. ¿Vive con al menos un niño/a menor de 19 años, y usted es la persona principal que cuida de este/a niño/a?  Sí  No

13. ¿Es usted un/a estudiante de tiempo completo?  Sí  No

14. ¿Estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más?  Sí  No

### 15. Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)

Mexicano  Mexicano-estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

### 16. Raza (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)

Blanca  Indio-americana o nativa de Alaska  Filipina  Vietnamita  Guameña o Chamorra  
 Negra o afroamericana  Indo-asiática  coreana  japonesa  Otra Asiática  Samoana  
 china  Nativa Hawaiana  Otra Isleña del Pacífico  Otra \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con su información propia)

### Empleo actual e información de ingresos

- Con empleo**  
Si está empleado/a actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo**  
Diríjase a la pregunta 28.
- Empleo por cuenta propia**  
Diríjase a la pregunta 27.

### EMPLEO ACTUAL 1:

18.Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ 19.Número de teléfono del empleador  
( ) -

20.Salarios/propinas (antes de los impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual  
\$ \_\_\_\_\_

21.Promedio de horas trabajadas cada SEMANA \_\_\_\_\_

### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22.Nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_ 23.Número de teléfono del empleador  
( ) -

24.Salarios/propinas (antes de los impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual  
\$ \_\_\_\_\_

25.Promedio de horas trabajadas cada SEMANA \_\_\_\_\_

26.En el último año:  cambió de trabajo  dejó de trabajar  comenzó a trabajar menos horas  comenzó a trabajar más horas  ninguna de las anteriores

### 27.Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

- a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_
- b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes?  
\$ \_\_\_\_\_

28.OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo obtiene.

**AVISO:** No es necesario que nos informe sobre la manutención infantil, el pago de veteranos, ni la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

- Ninguno
- |  |    |                      |   |    |                      |
|--|----|----------------------|---|----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensiones por         | \$ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta | \$ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> desempleo             | \$ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Renta neta/regalías    | \$ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social         | \$ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Otros ingresos         | \$ | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación | \$ | ¿Con qué frecuencia? | Tipo: _____                                     |    |                      |
| <input type="checkbox"/> Pensión recibida      | \$ | ¿Con qué frecuencia? |   |    |                      |

29.DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

**AVISO:** No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 27b).

- |   |    |                      |   |  |                      |
|---|----|----------------------|---|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Pensión pagada   | \$ | ¿Con qué frecuencia? | <input type="checkbox"/> Interés del préstamo estudiantil |  |                      |
| <input type="checkbox"/> Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos | \$ | Tipo:                |   |  | ¿Con qué frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> Otras deducciones  | \$ | Tipo:                |   |  | ¿Con qué frecuencia? |

30.INGRESO ANUAL: Complételo únicamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, diríjase a la siguiente persona. →

Su ingreso total este año \$ \_\_\_\_\_ Su ingreso total el año próximo (si piensa que será distinto) \$ \_\_\_\_\_

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.**



**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los niños/as que viven con usted o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar aun así a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido, y sufijo _____	2. ¿Vínculo con usted? _____
3. Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa) _____	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5. Número de seguro social(SSN) _____ <b>Lo necesitamos si desea obtener una cobertura de salud y tiene un SSN.</b>	
6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es no</b> , indique la dirección: _____	
7. ¿La PERSONA 2 planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.) <input type="checkbox"/> <b>SÍ. Si la respuesta es sí</b> , responda las preguntas a–c. <input type="checkbox"/> <b>NO. Si la respuesta es no</b> , diríjase a la pregunta c. a. ¿La PERSONA 2 presentará de manera conjunta con un cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es sí</b> , nombre del/de la cónyuge: _____ b. ¿La PERSONA 2 reclamará a alguna persona como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es sí</b> , indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes: _____ c. ¿La PERSONA 2 será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es sí</b> , indique el nombre de la persona que <b>presenta</b> impuestos: _____ ¿Qué relación tiene la PERSONA 2 con la persona que presenta impuestos? _____	
8. ¿La PERSONA 2 está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, cuál es la fecha de parto estimada / / ; y cuántos bebés se esperan? _____ Si la respuesta es no, ¿la PERSONA 2 dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo de la PERSONA 2? / / ; y cuántos bebés nacieron/se esperaban? _____	
9. ¿La PERSONA 2 necesita una cobertura de salud? (Incluso si tiene seguro, puede existir un programa con una mejor cobertura o con costos más bajos.) <input type="checkbox"/> <b>SÍ. Si la respuesta es sí</b> , responda todas las preguntas a continuación. <input type="checkbox"/> <b>NO. Si la respuesta es no</b> , DIRÍJASE a las preguntas sobre los ingresos en la página 5. Deje el resto de esta página en blanco.	
10. ¿La PERSONA 2 tiene una condición de salud física, mental, o emocional que genere limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.) o vive en una institución médica u hogar de cuidados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿La PERSONA 2 es un/a ciudadano/a de los EE.UU. o nacional de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. <b>Si la PERSONA 2 no es un/a ciudadano/a de EE.UU. ni nacional de EE.UU.</b> , ¿tiene un estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí. Complete con el tipo de documento de inmigración y el número de certificado/extranjero de la persona a continuación. a. Tipo de documento de inmigración _____ b. Número de certificado/extranjero _____ c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿La PERSONA 2, o su cónyuge o padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. ¿La PERSONA 2 desea obtener ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿La PERSONA 2 vive con al menos un/a niño/a menor de 19 años, y es la persona principal que cuida de este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿La PERSONA 2 estuvo en un hogar de acogida a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### Responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 es menor de 19 años.

16. ¿La PERSONA 2 tenía seguro médico y lo perdió en los últimos 2 meses?  Sí  No  
a. Si la respuesta es **sí**, fecha de finalización: \_\_\_\_\_ b. Motivo por el cual **finalizó el seguro**: \_\_\_\_\_

17. ¿La PERSONA 2 es un/a estudiante de tiempo completo?  Sí  No

18. **Si es hispano/latino, origen étnico (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano  Mexicano estadounidense  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. **Raza (OPCIONAL: marque todo lo que corresponda.)**

Blanca  Indio-americana o nativa  Filipina  Vietnamita  Guameña o Chamorra  
 Negra o de Alaska  japonesa  Otra Asiática  Samoana  
 afroamericana  Indo-asiática  coreana  Nativa Hawaiana  Otra Islaña del Pacífico  
 china  Otra \_\_\_\_\_

**Ahora, infórmenos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en el reverso. ➔**



**¿NECESITA AYUDA/CONSULTA SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 2: PERSONA 2

### Empleo actual e información de ingresos

**Con empleo**

Si está empleado/a actualmente, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 20.

**Sin empleo**

Diríjase a la pregunta 30.

**Empleo por cuenta propia**

Diríjase a la pregunta 29.

#### EMPLEO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador

21. Número de teléfono del empleador  
( ) -

22. Salarios/propinas (antes de los impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

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

23. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

#### EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador

25. Número de teléfono del empleador  
( ) -

26. Salarios/propinas (antes de los impuestos)  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

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

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. **En el último año:**  cambió de trabajo  dejó de trabajar  comenzó a trabajar menos horas  comenzó a trabajar más horas  ninguna de las anteriores

#### 29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

c. Tipo de trabajo

d. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez pagados los gastos comerciales) obtendrá de este empleo por cuenta propia este mes?

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

#### 30. OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo obtiene.

**AVISO:** No es necesario que nos informe sobre la manutención infantil, el pago de veteranos, ni la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ninguno

Pensiones por \$ ¿Con qué frecuencia?  Agricultura/pesca neta \$ ¿Con qué frecuencia?

desempleo \$ ¿Con qué frecuencia?  Renta neta/regalías \$ ¿Con qué frecuencia?

Seguro Social \$ ¿Con qué frecuencia?  Otros ingresos \$ ¿Con qué frecuencia?

Cuentas de jubilación \$ ¿Con qué frecuencia? Tipo: \_\_\_\_\_

Pensión recibida \$ ¿Con qué frecuencia?

#### 31. DEDUCCIONES: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales sobre los ingresos, informarnos sobre ellas puede hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

**AVISO:** No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al empleo por cuenta propia neto (pregunta 27b).

Pensión pagada \$ ¿Con qué frecuencia?  Interés del préstamo estudiantil

Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos \$ Tipo: ¿Con qué frecuencia?

Otra deducción \$ Tipo: ¿Con qué frecuencia?

#### 32. INGRESO ANUAL: Complételo únicamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, diríjase a la siguiente persona. →

Su ingreso total **este año**

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

Su ingreso total **el año** próximo (si piensa que será distinto)

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

**¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.**

Si tiene a más de dos personas para incluir, realice una copia del paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y complétalas.



**¿NECESITA AYUDA/CONSULTA SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente del idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 3

## Miembros familiares indio-americanos o nativos de Alaska (AI/AN)

### 1. ¿Usted o alguien en su familia es indio-americano o nativo de Alaska?

- Si la respuesta es **no**, diríjase al paso 4.  
 **Sí**. Si la respuesta es **sí**, diríjase al Anexo B.

## PASO 4

## La cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para cualquier persona que necesite una cobertura de salud.

### 1. ¿Alguien está inscrito en una de las siguientes coberturas de salud en la actualidad?

**Sí**. Si la respuesta es **sí**, marque el tipo de cobertura y escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) al lado de la cobertura que tienen.  **NO**.

- Asistencia Médica \_\_\_\_\_  
 Medicare \_\_\_\_\_  
 TRICARE (No marque nada si tiene atención directa o Line of Duty)  
 VA Programas de atención médica \_\_\_\_\_  
 Cuerpos de Paz \_\_\_\_\_

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

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Es una cobertura COBRA?  Sí  No

¿Es un plan de salud de jubilado/a?  Sí  No

Otro

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?

Sí  No

### 2. ¿A alguien indicado en esta solicitud se le ofrece una cobertura de salud de un empleo? Marque sí incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como de un padre o cónyuge.

**Sí**. Si la respuesta es **sí**, deberá completar e incluir el Anexo A.

**NO**. Si la respuesta es **no**, continúe al Paso 5.

## Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde):

¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? **Sí** \_\_\_ **No** \_\_\_  
(Si la respuesta es **sí**, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de la lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; Letra grande \_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; Braille \_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_; Intérprete de habla con clave \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; Otra: \_\_\_\_\_

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_ o permanentemente \_\_\_?  
Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

### Declaración informativa de la PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Control y Presupuesto (OMB, en inglés) válido. El número de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1191. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de [Insertar tiempo (horas o minutos)] por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto a la precisión de el tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 5 Lea y firme esta solicitud.

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que proporcionaré respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. Estoy al tanto de que puedo estar sujeto/a a sanciones conforme a la ley federal si proporciono información falsa e incierta.
- Estoy al tanto de que debo informar cualquier cambio dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en la que sucedió el cambio. Puedo ingresar a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llamar al **1-877-423-4746** para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para miembro(s) de mi unidad familiar.
- Estoy al tanto de que, conforme a la ley federal, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar un reclamo de discriminación al llamar al Coordinador de Derechos Civiles del DFCS, ADA/Sección 504 al 877-423-4746.
- Confirmando que ninguna persona que realiza una solicitud para el seguro médico en esta solicitud está presa (detenida o recluida). Si no, \_\_\_\_\_ **está preso/a.**  
(nombre de la persona)

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para obtener la ayuda para pagar la cobertura de salud si usted elige solicitarla. Verificaremos sus respuestas al utilizar la información en nuestras bases de datos electrónicas y en las bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Trabajo (DOL), el TALX (número de trabajo), el Departamento de Seguridad Nacional y una agencia de información sobre consumidores. Si la información no coincide, es posible que le solicitemos que nos envíe pruebas.

### Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura médica en los próximos años, acepto permitir que las agencias de seguros médicos, el DFCS y el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal (FFM, en inglés) utilicen datos de los ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Las agencias de seguro médico, el DFCS y el FFM me enviarán un aviso, me permitirán realizar cualquier cambio, y puedo optar por no participar en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente para los próximos

5 años (la cantidad máxima de años permitidos), o para una menor cantidad de años:

4 años     3 años     2 años     1 año     No utilizar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

### Si alguien en esta solicitud es elegible para la Asistencia Médica

- Doy a la agencia de Asistencia Médica nuestros derechos para buscar y obtener cualquier dinero de otro seguro médico, acuerdos legales, u otros terceros. También doy a la agencia de Asistencia Médica los derechos para buscar y obtener asistencia médica para un cónyuge o padre/madre.
- ¿Algún niño/a en esta solicitud tiene un/a padre/madre que vive fuera del hogar?  Sí  No
- Si la respuesta es sí, estoy al tanto de que me solicitarán la cooperación con la agencia que cobra la asistencia médica de un/a padre/madre ausente. Si considero que cooperar para el cobro de la asistencia médica me hará daño a mí o a mi hijo/a, puedo informarle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

### Elegibilidad Rápida:

"La Elegibilidad Rápida (ELE, por sus siglas en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción al programa de Asistencia Médica para niños y niñas menores de 19 años que reciben el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) en el programa de Asistencia Médica.

Si usted recibe SNAP o TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DSFC, por sus siglas en inglés) utilizará la información de estos programas, como el tamaño de la unidad familiar, la residencia y los ingresos de SNAP o TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el estado migratorio mediante el uso de las normas de la Asistencia Médica para realizar una determinación de ELE. De esta forma se inscribirá al/a niño/a o se renovará su inscripción a Medicaid o PeachCare for Kids®. Si su hijo/a es elegible para recibir PeachCare for Kids®, puede estar sujeto/a a una prima. La DFCS le enviará un aviso con la determinación, le dejará realizar cambios y le permitirá dejar de participar en cualquier momento.

Si desea que sus hijos/as sean evaluados para recibir la Asistencia Médica mediante el proceso de ELE, seleccione sí o no a continuación.

Sí     No

### Mi derecho a apelar

Si considero que las agencias de seguro médico, el DFCS y el FFM han cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa informarle a alguien en las agencias de seguro médico, el DFCS o el FFM que considero que la acción es incorrecta, y solicitar una revisión imparcial de la acción. Estoy al tanto de que puedo informarme sobre cómo apelar al comunicarme con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) al **1-877-423-4746**. Estoy al tanto de que puedo ser representado/a en el proceso por alguien que no sea yo. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.



**¿NECESITA AYUDA CONSULTE SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente en el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.



**Firme esta solicitud.** La persona que completó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si es un/a representante autorizado/a puede firmar aquí, siempre que haya proporcionado la información requerida en el Anexo C.

Firma	Fecha
-------	-------

**Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los/as representantes autorizados/as (si corresponde):**

**¿El/la representante autorizado/a tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):**

Intérprete de la lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; Letra grande \_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; Braille \_\_\_; Retransmisión en video \_\_\_; Intérprete de habla con clave \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; Entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; Otra: \_\_\_\_\_

**¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_ o permanentemente \_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.**



**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## PASO 6 Envíe por correo la solicitud completa.

Envíe por correo la solicitud firmada a la dirección que figura a continuación:

**División de Servicios para Familias y Niños**  
**entro de Atención al Cliente**  
**P.O. Box 4190**  
**Albany, GA 31706**

### **INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE**

Si no está registrado/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse para votar aquí en la actualidad?

- Sí  
 No  
 No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador/a del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**

---

Para denunciar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al 404-463-7590 (local) o al 800-533-0686 (línea gratuita); por correo electrónico a [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.



**¿NECESITA AYUDA CONSU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

## **Aviso de derechos de la ADA / Sección 504**

### **Ayuda para personas con discapacidades**

La ley federal \* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad o en cargas financieras y administrativas indebidas.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación**

Comuníquese con su administrador/a del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con el/la administrador/a del caso o llamar al DFCS al 877-423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de DFCS, que está disponible en su oficina local de DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el Formulario de solicitud de modificación razonable de ADA del DCH por parte del equipo de KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

### **Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lenguaje de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede presentar un reclamo oralmente o por escrito comunicándose con su administrador/a del caso, su oficina local de DFCS o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA / Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 1-877-423-4746. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB, ADA/ Sección 504 en 2211 Beaver Run Road Suite 150, Norcross, GA, 30071, o el apartado postal 172, Norcross, GA 30091, 678-248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedirle a su administrador/a del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comunique con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es el siguiente: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

*\* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén exentas de discriminación ilegal.*



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente en el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Conforme al DHS, puede presentar un reclamo por discriminación al contactar a su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, por sus siglas en inglés) o al/a la coordinador/a de los derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 1-877-423-4746. Para presentar reclamos por una supuesta discriminación por motivos de conocimientos limitados del inglés, contáctese con el Programa de Conocimiento Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 1-877-423-4746 (voz).



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Ingrese a [gateway.ga.gov](https://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente del idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.



## Cobertura de salud de los trabajos

Usted **NO** tiene que contestar estas preguntas a menos que alguien en su hogar sea elegible para recibir cobertura de salud por el trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura.

Cuéntenos sobre el **trabajo** que ofrece la cobertura.

**Para ayudarle a contestar estas preguntas lleve la Herramienta de Cobertura del Empleador, que aparece en la siguiente página, al empleador que ofrece la cobertura. Cuando envíe su solicitud, sólo tiene que incluir esta página, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.**

### Información sobre el EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Nombre de pila, del Medio, Apellido)	2. Número de la Seguridad Social del empleado _____ - _____ - _____
--	--

### Información sobre el 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. ¿A quien podemos llamar para hablar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?			
11. No. teléfono (si es diferente al de arriba) ( ) - _____		12. Dirección de correo electrónico	

### 13. ¿Ud. es actualmente elegible para recibir la cobertura ofrecida por este empleador, o va a ser elegible en los próximos 3 meses?

**Sí** (Continúe)

13a. Si está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse para tener cobertura? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Liste los nombres de cualesquiera otras personas que sean elegibles para recibir cobertura por parte de este trabajo.

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

**No** (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Cuéntenos sobre el **plan de salud** ofrecido por este empleador.

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que satisface el estándar del valor mínimo*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. Para el plan de salud más barato que satisfaga el estándar del valor mínimo* ofrecido <b>sólo al empleado</b> (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado tendría que pagar si él/ ella recibiera el máximo descuento por cualesquiera programas para dejar de fumar, y si no recibiera ningún otro descuento basado en los programas de bienestar. a. ¿Cuánto, en primas, tendría que pagar el empleado por este plan? \$ _____ b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan (si se sabe)? <input type="checkbox"/> El empleador no ofrecerá cobertura de salud <input type="checkbox"/> El empleador comenzará a ofrecer una cobertura de salud a los empleados o a cambiar las primas para el plan más barato disponible, solamente para el empleado, que satisfaga el estándar del valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.) a. ¿Cuánto, en primas, tendrá que pagar el empleado por ese plan? \$ _____ b. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

\* Un plan de salud patrocinado por el empleador satisface el "estándar del valor mínimo" si la porción del plan, del costo total del beneficio cubierto por el plan, es no menos del 60% de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Recaudación Interna de 1986)

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante del servicio al cliente qué idioma necesita. Nosotros le conseguiremos ayuda gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.





## EMPLEADOR

Use esta herramienta para ayudar a contestar las preguntas del Anexo A sobre cualquier cobertura de salud del empleador para la cual usted es elegible (aún si es por el trabajo de otra persona, como de un padre o esposo). La información que aparece en las casillas numeradas que siguen corresponde a las casillas del Anexo A. Por ejemplo, la respuesta a la pregunta 14 de esta página debe corresponder a la pregunta 14 del Anexo A.

Escriba su nombre y número de Seguridad Social en las casillas 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura de salud.



### Información sobre el EMPLEADO

El **empleado** tiene que llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (Nombre de pila, del Medio, Apellido)	2. No. de Seguridad Social _____ - _____ - _____
--	---



### Información sobre el EMPLEADOR

Pídale al **empleador** esta información.

3. Nombre del empleador	4. No. de Identificación del empleador (EIN) _____ - _____	
5. Dirección del empleador	6. Número de teléfono del empleador ( ) - _____	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
10. ¿A quién podemos contactar para hablar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. No. de teléfono (si es diferente al de arriba) ( ) - _____	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o va a ser elegible en los próximos 3 meses?**

**Sí** (Continúe)

13a. Si el empleado no es elegible el día de hoy, incluyendo como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo va el empleado a ser elegible para la cobertura? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) (Continúe)

**No** (PARE y devuelva este formulario al empleado)

Cuéntenos sobre el **plan de salud** ofrecido por este **empleador**.

¿El empleador ofrece un plan de salud que cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

- Sí. ¿A quién?       Cónyuge    Dependiente(s)
- No  
(Vaya a la pregunta 14)

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que satisface el estándar del valor mínimo\*?

Sí (Vaya a la pregunta 15)    No (PARE y devuelva este formulario al empleado)

15. Para el plan más barato que satisface el estándar del valor mínimo\* ofrecido **sólo al empleado** (no incluya planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado tendría que pagar si él/ ella recibiera el máximo descuento por cualesquiera programas para dejar de fumar, y si no recibiera ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

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

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

Si el año del plan va a terminar pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos van a cambiar, vaya a la pregunta 16. Si no sabe, PARE y devuelva este formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer una cobertura de salud a los empleados o a cambiar las primas para el plan más barato disponible, solamente para el empleado, que satisfaga el estándar del valor mínimo.\* (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto, en primas, tendrá que pagar el empleado por ese plan? \$ \_\_\_\_\_

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

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

\* Un plan de salud patrocinado por el empleador satisface el "estándar del valor mínimo" si la porción del plan, del costo total del beneficio cubierto por el plan, es no menos del 60% de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Recaudación Interna de 1986).

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante del servicio al cliente qué idioma necesita. Nosotros le conseguiremos ayuda gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.





## Familiar de Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este anexo si usted o un familiar suyo son Indios Americanos o nativos de Alaska. Presente esto junto con su Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar Costos.

### Cuéntenos sobre su familiar, o familiares, que son Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y los Nativos de Alaska pueden obtener servicios de parte de los Servicios de Salud para Indios, de programas de salud tribal, o de programas de salud para indios urbanos. También es posible que no tengan que pagar costos compartidos, y puede ser que obtengan especiales períodos mensuales de inscripción. Conteste las siguientes preguntas para asegurar que su familia obtenga la mayor ayuda posible.

**NOTA:** Si tiene que incluir más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2
1. Nombre (Nombre de pila, Nombre del medio, Apellido)	Nombre de pila      Nombre del medio  Apellido	Nombre de pila      Nombre del medio  Apellido
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si la respuesta es sí</b> , nombre de la tribu _____  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <b>Si la respuesta es sí</b> , nombre de la tribu _____  <input type="checkbox"/> No
3. ¿Esta persona alguna vez ha obtenido un servicio de parte del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o de un programa de salud para indios urbanos, o a través de una derivación proveniente de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es no</b> , ¿Esta persona es elegible para obtener servicios de parte del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o de un programa de salud para indios urbanos, o a través de una derivación proveniente de uno de estos programas?  Sí      No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si la respuesta es no</b> , ¿Esta persona es elegible para obtener servicios de parte del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o de un programa de salud para indios urbanos, o a través de una derivación proveniente de uno de estos programas?  Sí      No
4. Algunos tipos de dinero recibido no pueden ser contados para el Medicaid ni para el Programa de Seguro de Salud de Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Liste cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que vienen de recursos naturales, uso de derechos, arrendamientos, o regalías</li> <li>• Pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos, o regalías de tierra designada como tierra indígena en fideicomiso por el Departamento del Interior (incluyendo reservaciones y ex-reservaciones)</li> <li>• Dinero de la venta de cosas que tienen un significado cultural</li> </ul>	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame al **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** y dígame al representante del servicio al cliente qué idioma necesita. Nosotros le conseguiremos ayuda gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.





## Asistencia para completar este formulario

### Puede elegir un representante autorizado.

Puede dar permiso a una persona u organización de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la entrega de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona u organización se denomina "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) al 1-877-423-4746. Si es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente prueba con la solicitud. Si necesita asignar más de un representante autorizado, complete otro Anexo C.

1. Nombre de la persona (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de suite o departamento
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono (    )    -		
8. Nombre de la organización		9. Número de ID (si corresponde)
10. Poderes del representante autorizado: Firmar la solicitud en nombre del solicitante <input type="checkbox"/> Completar y presentar un formulario de renovación <input type="checkbox"/> Recibir copias de avisos y otras comunicaciones <input type="checkbox"/> Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos <input type="checkbox"/>		
11. Idioma preferido		12. ¿Se necesita un intérprete? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

13. Su firma	14. Fecha (mm/dd/aaaa)
--------------	------------------------

### Solo para asesores, coordinadores, agentes e intermediarios de solicitudes certificados.

Complete esta sección si es un asesor, coordinador, agente o intermediario de solicitudes certificado que está completando esta solicitud en nombre de alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido & Sufijo	
3. Nombre de la organización	4. Número de ID (si corresponde)

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [gateway.ga.gov](http://gateway.ga.gov) o llámenos al **1-877-423-4746**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-877-423-4746**. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-877-423-4746** e infórmele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-255-0135**.

Anexo C del Formulario 94a (4/2022)





Nombre de la persona 1: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la persona 1: \_\_\_\_\_

## Programa Pathways

La Asistencia Médica de Pathways es un programa que ofrece cobertura de Medicaid gratuita o a un costo reducido para personas de 19 a 64 años que tienen ingresos familiares de hasta el 100% del Nivel de Pobreza Federal (FPL, en inglés) que no reúnen los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid y quienes cumplen con los criterios y requisitos de elegibilidad. Como condición para la elegibilidad, las personas deben estar participando en al menos 80 horas por mes en una actividad o en una combinación de actividades que cumplan los requisitos al momento de solicitar. Las personas o miembros con discapacidades pueden solicitar modificaciones razonables del programa Pathways con el fin de cumplir con el requisito de actividades calificadas. Este programa forma parte de nuestro objetivo para mejorar la salud, el bienestar y la independencia de las personas que servimos. Muchas actividades cuentan para la elegibilidad del programa. Puede que ya participe en una actividad que lo califique para el programa. Y afiliarse al programa tiene sus beneficios, además de recibir la cobertura de asistencia médica. Estos beneficios adicionales incluyen lo siguiente: 1) apoyos que pueden ayudarlo mientras forma parte en caso de ser necesario y 2) acceso a una futura cuenta de recompensas en la que podrá ganar dólares al completar ciertas actividades saludables.

Lea el contrato de Pathways a continuación e indique si entiende y acepta los términos y si quiere que lo consideren para Pathways. Si quiere que lo consideren para Pathways, debe firmar el contrato. Cada persona debe firmar un contrato por separado.

## Contrato de Pathways

Entiendo que si califico para Pathways, debo cumplir con los siguientes requisitos para mantener activa la cobertura de Asistencia Médica a través de Pathways. En Pathways, se me podría solicitar que complete los siguiente para la duración de mi cobertura:

- Completar cada mes un mínimo de 80 horas de actividades laborales, relacionadas con el trabajo, de educación superior o de servicio comunitario.
- Informar las horas de mi actividad laboral, relacionada con el trabajo, de educación superior, o de servicio comunitario y proporcionar evidencia cada mes. Si informo y proporciono evidencia de mis horas por seis meses consecutivos, solo se me pedirá que informe los cambios en mi estado de actividad.
- Cumplir con las auditorías aleatorias y regulares para garantizar mi cumplimiento continuo.
- Realizar un pago de prima mensual (equivalente a \$7-16 dólares por mes si mi ingreso mensual es del 50% o más del Nivel de Pobreza Federal)
- Informar si tengo acceso al seguro médico a través de mi empleador o el empleador de un miembro de la familia.
- Inscribirme en un seguro médico patrocinado por mi empleador (ESI, en inglés) con ayuda de costo compartido a través de Medicaid si tengo acceso a una cobertura que se determine como rentable para el estado. La rentabilidad significa que al estado le cuesta menos que usted se inscriba a su ESI que a Medicaid.
- Acceder a la cuenta de recompensas en donde puedo ganar dinero si llevo a cabo determinadas actividades relacionadas con la salud conductual y en la que se deducirán automáticamente los copagos de las consultas al médico.

Quiero que se me tenga en cuenta para Pathways si no califico para otra clase de asistencia médica. Pathways es una asistencia médica para personas que ganan hasta el 100% del Nivel de Pobreza Federal, que no califican para Medicaid y que participan en 80 horas por mes de actividades laborales, relacionadas con el trabajo, de educación superior o del servicio comunitario. Entiendo que si no cumpla alguno de los requisitos mencionados anteriormente, me darán de baja del programa y perderé acceso a la cobertura de asistencia médica.  Sí  No

La rentabilidad del ESI la realiza un proveedor externo. Este proceso es solo obligatorio si tiene acceso al ESI. Si tiene acceso al ESI, el proveedor recibirá su información personal (como su número de Seguro Social, fecha de nacimiento y domicilio) y usarla para verificar su ESI. Si no es el titular de la póliza, el proveedor también recibirá la información personal del titular. ¿Brinda consentimiento para que se envíe su información personal a un proveedor externo con el fin de determinar la rentabilidad, teniendo en cuenta que el proveedor puede contactar al empleador para la verificación? Su consentimiento indica que usted tiene el consentimiento del titular de la póliza. Sin el consentimiento, usted no será elegible para Pathways. Si usted es el titular de la póliza del ESI, su respuesta también puede influir en la elegibilidad de la solicitud para Pathways de un cónyuge o un familiar.

Sí  No

¿Es usted la persona a la que aplica este contrato?  Sí  No

¿El solicitante está disponible para firmar?  Sí  No

¿Es usted el representante autorizado que firma en nombre de esta persona?  Sí  No

En caso de ser el representante autorizado, debe firmar solo en la línea de firma del representante autorizado y proporcionar la información que se pide en el Anexo C.



# ANEXO D



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS  
HUMANOS DE GEORGIA



GEORGIA DEPARTMENT  
OF COMMUNITY HEALTH

Si usted es estudiante y le gustaría utilizar su inscripción en una institución de educación superior como actividad calificada, ¿usted da su consentimiento para divulgar sus registros de educación a Gateway de Georgia con el fin de validar su participación en la actividad calificada en el programa de Asistencia Médica Pathways? De ser posible, su consentimiento dará a conocer el nombre de su escuela, la fecha de inicio y finalización del período escolar y las horas académicas en las que está inscrito.  Sí  No

He leído, entendido y reconozco los términos del contrato de Pathways y he elegido de forma activa participar en el programa de Pathways teniendo en cuenta mis respuestas anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre de la persona 1: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la persona 1: \_\_\_\_\_

Complete cada sección a continuación si firmó el contrato de Pathways y quisiera que lo consideren para Pathways.

## Actividades calificadas e información del horario

Marque la actividad calificada (QA, en inglés) o la combinación de actividades en las que participa actualmente. Deberá presentar documentación que justifique su actividad correspondiente a cuatro semanas recientes dentro de las ocho semanas anteriores a la fecha de la solicitud. También puede presentar documentación que justifique que ha trabajado un mínimo de 80 horas mensuales durante seis meses consecutivos anteriores a la fecha de solicitud.

### 1. Actividad calificada (marque todas las que correspondan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo (sector público o privado)                | <input type="checkbox"/> Empleo autónomo  |
| <input type="checkbox"/> Capacitación laboral                             | <input type="checkbox"/> Asistencia de preparación para el mercado laboral                |
| <input type="checkbox"/> Servicio comunitario                             | <input type="checkbox"/> Formación profesional (Form. profesional)                        |
| <input type="checkbox"/> Instituto de educación superior (IHE, en inglés) | <input type="checkbox"/> Agencia de Readaptación Profesional de Georgia (GVRA, en inglés) |

### 2. Horarios, fecha de inicio y finalización de la actividad calificada (indique cada actividad calificada que se menciona anteriormente con el nombre del empleador u organización, escuela o institución y fecha de inicio y finalización (si corresponde) y los horarios):

Tipo de actividad calificada	Nombre de empleador u organización	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Horas por mes
Tipo de actividad calificada (educación)	Nombre de la escuela o institución	Fecha de inicio de la inscripción del período	Fecha de finalización de la inscripción del período	Horas académicas

### 3. ¿Está inscrito actualmente en el Sistema de Escuelas Técnicas de Georgia, en la Iniciativa de Carreras de Alta Exigencia o en el Programa de Becas HOPE? Sí No

### 4. Debido a una discapacidad, ¿es usted incapaz de cumplir con las horas y las actividades calificadas para Pathways y debe solicitar ayuda para tener tiempo adicional para cumplir con los requisitos de presentación de la solicitud o tiempo adicional para ser derivado a la Agencia de Readaptación Profesional de Georgia (GVRA) como una modificación razonable? Sí No

### 5. Solo para participantes de la GVRA, ¿brinda su consentimiento para divulgar su información personal a la Agencia de Readaptación Profesional de Georgia (GVRA) con el fin de validar su inscripción en la GVRA y su participación en la actividad calificada del Programa de Asistencia Médica de Pathways? Sí No

## Información sobre el consumo de tabaco

### 6. ¿Consume en la actualidad productos con tabaco o dispositivos electrónicos de suministro de nicotina? Sí No Esta información corresponde a las personas que consumen productos con tabaco o usan dispositivos electrónicos de suministro de nicotina. Algunos ejemplos de productos con tabaco son cigarrillos, puros, pipas, tabaco para mascar, tabaco sin humo, entre otros. Algunos ejemplos de dispositivos electrónicos de suministro de nicotina son el vapeador o el cigarrillo electrónico, entre otros.

Nombre de la persona 2: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la persona 2: \_\_\_\_\_

## Programa Pathways

La Asistencia Médica de Pathways es un programa que ofrece cobertura de Medicaid gratuita o a un costo reducido para personas de 19 a 64 años que tienen ingresos familiares de hasta el 100% del Nivel de Pobreza Federal (FPL, en inglés) que no reúnen los requisitos para recibir la cobertura de Medicaid y quienes cumplen con los criterios y requisitos de elegibilidad. Como condición para la elegibilidad, las personas deben estar participando en al menos 80 horas por mes en una actividad o en una combinación de actividades que cumplan los requisitos al momento de solicitar. Las personas o miembros con discapacidades pueden solicitar modificaciones razonables del programa Pathways con el fin de cumplir con el requisito de actividades calificadas. Este programa forma parte de nuestro objetivo para mejorar la salud, el bienestar y la independencia de las personas que servimos. Muchas actividades cuentan para la elegibilidad del programa. Puede que ya participe en una actividad que lo califique para el programa. Y afiliarse al programa tiene sus beneficios, además de recibir la cobertura de asistencia médica. Estos beneficios adicionales incluyen lo siguiente: 1) apoyos que pueden ayudarlo mientras participa, en caso de ser necesario y 2) acceso a una futura cuenta de recompensas en la que podrá ganar dólares al completar ciertas actividades saludables.

Lea el contrato de Pathways a continuación e indique si entiende y acepta los términos y si quiere que lo consideren para Pathways. Si quiere que lo consideren para Pathways, debe firmar el contrato. Cada persona debe firmar un contrato por separado.

## Contrato de Pathways

Entiendo que si califico para Pathways, debo cumplir con los siguientes requisitos para mantener activa la cobertura de Asistencia Médica a través de Pathways. En Pathways, se me podría solicitar que complete los siguiente para la duración de mi cobertura:

- Completar cada mes un mínimo de 80 horas de actividades laborales, relacionadas con el trabajo, de educación superior o de servicio comunitario.
- Informar las horas de mi actividad laboral, relacionada con el trabajo, de educación superior, o de servicio comunitario y proporcionar evidencia cada mes. Si informo y proporciono evidencia de mis horas por seis meses consecutivos, solo se me pedirá que informe los cambios en mi estado de actividad.
- Cumplir con las auditorías aleatorias y regulares para garantizar mi cumplimiento continuo.
- Realizar un pago de prima mensual (equivalente a \$7-16 dólares por mes si mi ingreso mensual es del 50% o más del Nivel de Pobreza Federal)
- Informar si tengo acceso al seguro médico a través de mi empleador o el empleador de un miembro de la familia.
- Inscribirme en un seguro médico patrocinado por mi empleador (ESI, en inglés) con ayuda de costo compartido a través de Medicaid si tengo acceso a una cobertura que se determine como rentable para el estado. La rentabilidad significa que al estado le cuesta menos que usted se inscriba a su ESI que a Medicaid.
- Acceder a la cuenta de recompensas en donde puedo ganar dinero si llevo a cabo determinadas actividades relacionadas con la salud conductual y en la que se deducirán automáticamente los copagos de las consultas al médico.

Quiero que se me tenga en cuenta para Pathways si no califico para otra clase de asistencia médica. Pathways es una asistencia médica para personas que ganan hasta el 100% del Nivel de Pobreza Federal, que no califican para Medicaid y que participan en 80 horas por mes de actividades laborales, relacionadas con el trabajo, de educación superior o del servicio comunitario. Entiendo que si no cumpla alguno de los requisitos mencionados anteriormente, me darán de baja del programa y perderé acceso a la cobertura de asistencia médica.  Sí  No

La rentabilidad del ESI la realiza un proveedor externo. Este proceso es solo obligatorio si tiene acceso al ESI. Si tiene acceso al ESI, el proveedor recibirá su información personal (como su número de Seguro Social, fecha de nacimiento y domicilio) y usarla para verificar su ESI. Si no es el titular de la póliza, el proveedor también recibirá la información personal del titular. ¿Brinda consentimiento para que se envíe su información personal a un proveedor externo con el fin de determinar la rentabilidad, teniendo en cuenta que el proveedor puede contactar al empleador para la verificación? Su consentimiento indica que usted tiene el consentimiento del titular de la póliza. Sin el consentimiento, usted no será elegible para Pathways. Si usted es el titular de la póliza del ESI, su respuesta también puede influir en la elegibilidad de la solicitud para Pathways de un cónyuge o un familiar.

Sí  No

¿Es usted la persona a la que aplica este contrato?  Sí  No

¿El solicitante está disponible para firmar?  Sí  No

¿Es usted el representante autorizado que firma en nombre de esta persona?  Sí  No

En caso de ser el representante autorizado, debe firmar solo en la línea de firma del representante autorizado y proporcionar la información que se pide en el Anexo C.



# ANEXO D



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE GEORGIA



GEORGIA DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

Si usted es estudiante y le gustaría utilizar su inscripción en una institución de educación superior como actividad calificada, ¿usted da su consentimiento para divulgar sus registros de educación a Gateway de Georgia con el fin de validar su participación en la actividad calificada en el programa de Asistencia Médica Pathways? De ser posible, su consentimiento dará a conocer el nombre de su escuela, la fecha de inicio y finalización del período escolar y las horas académicas en las que está inscrito.  Sí  No

He leído, entendido y reconozco los términos del contrato de Pathways y he elegido de forma activa participar en el programa de Pathways teniendo en cuenta mis respuestas anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre de la persona 2: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento de la persona 2: \_\_\_\_\_

Complete cada sección a continuación si firmó el contrato de Pathways y quisiera que lo consideren para Pathways.

### Actividades calificadas e información del horario

Marque la actividad calificada (QA, en inglés) o la combinación de actividades en las que participa actualmente. Deberá presentar documentación que justifiquen su actividad correspondiente a cuatro semanas recientes dentro de las ocho semanas anteriores a la fecha de la solicitud. También puede presentar documentación que justifique que ha trabajado un mínimo de 80 horas mensuales durante seis meses consecutivos anteriores a la fecha de solicitud.

#### 1. Actividad calificada (marque todas las que correspondan):

- Empleo (sector público o privado)                       Empleo autónomo  
 Capacitación laboral     Preparación para el mercado laboral  
 Servicio comunitario     Formación profesional (Form. profesional)  
 Instituto de educación superior (IHE, en inglés)                       Agencia de Readaptación Profesional de Georgia (GVRA, en inglés)

#### 2. Horarios, fecha de inicio y finalización de la actividad calificada (indique cada actividad calificada que se menciona anteriormente con el nombre del empleador u organización, escuela o institución y fecha de inicio y finalización (si corresponde) y los horarios):

Tipo de actividad calificada	Nombre de empleador u organización	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Horas por mes
Tipo de actividad calificada (educación)	Nombre de la escuela o institución	Fecha de inicio de la inscripción del período	Fecha de finalización de la inscripción del período	Horas académicas

#### 3. ¿Está inscrito actualmente en el Sistema de Escuelas Técnicas de Georgia, en la Iniciativa de Carreras de Alta Exigencia o en el Programa de Becas HOPE?    Sí    No

#### 4. Debido a una discapacidad, ¿es usted incapaz de cumplir con las horas y las actividades calificadas para Pathways y debe solicitar ayuda para tener tiempo adicional para cumplir con los requisitos de presentación de la solicitud o tiempo adicional para ser derivado a la Agencia de Readaptación Profesional de Georgia (GVRA) como una modificación razonable?    Sí    No

#### 5. Solo para participantes de la GVRA, ¿brinda su consentimiento para divulgar su información personal a la Agencia de Readaptación Profesional de Georgia (GVRA) con el fin de validar su inscripción en la GVRA y su participación en la actividad calificada del Programa de Asistencia Médica de Pathways?    Sí    No

### Información sobre el consumo de tabaco

#### 6. ¿Consume en la actualidad productos con tabaco o dispositivos electrónicos de suministro de nicotina?    Sí    No

Esta información corresponde a las personas que consumen productos con tabaco o usan dispositivos electrónicos de suministro de nicotina. Algunos ejemplos de productos con tabaco son cigarrillos, puros, pipas, tabaco para mascar, tabaco sin humo, entre otros. Algunos ejemplos de dispositivos electrónicos de suministro de nicotina son el vapeador o el cigarrillo electrónico, entre otros.

# ANEXO D



En la tabla a continuación, se enumeran los tipos de actividades calificadas, su descripción y el documento de verificación.

Actividad calificada y descripción	Verificación
<p><b>Empleo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se incluye el trabajo de tiempo completo y de tiempo parcial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibos de sueldo</li> <li>Declaración escrita por la fuente o el empleador</li> <li>Ingresos brutos (si se conoce el pago por hora)</li> <li>Hoja de horarios</li> </ul>
<p><b>Empleo autónomo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos ejemplos son tener un negocio propio, cortar el césped, recoger latas para reciclar, cuidar niños, vender alimentos, prestar servicios de taxi o comida a domicilio, entre otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agenda de trabajo o participación estandarizada firmado en la que se indiquen las horas de participación (el afiliado puede completar una plantilla de hoja de trabajo estandarizada en la que se indique el total de horas semanales trabajadas por cliente o actividad; O presentar una fotografía de su agenda de trabajo actual del mes del informe (por ejemplo, una foto del libro de citas o una captura de pantalla de la agenda con las actividades laborales).</li> </ul>
<p><b>Capacitación laboral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación que se le proporciona a un empleado mientras trabaja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración del supervisor que patrocina la capacitación laboral</li> </ul>
<p><b>Preparación para el mercado laboral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades directamente relacionadas con la preparación laboral. Algunos ejemplos son la formación en habilidades para la vida, la inscripción en cursos de GED, la elaboración de currículos y las actividades de habilitación o rehabilitación, incluido el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, entre otros. Se deben determinar como necesarias las actividades de rehabilitación y se deben documentar por un profesional médico calificado.</li> <li>Se considera a una hospitalización como una actividad de habilitación o rehabilitación en el marco de la preparación laboral solo en la solicitud inicial. Por cada día de hospitalización, el solicitante puede pedir 4 horas para cumplir el requisito mensual de actividades calificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración firmada de la agencia reconocida o el recurso comunitario que indique las horas contratadas. (Las agencias reconocidas son el Centro Profesional del Departamento de Trabajo de Georgia, la Junta del Desarrollo Laboral, la Agencia de Readaptación Profesional de Georgia, Goodwill y otras agencias autorizadas por el estado)</li> <li>Declaración firmada de una institución de habilitación o rehabilitación que compruebe las horas en las últimas cuatro semanas.</li> </ul>
<p><b>Servicio comunitario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los programas de servicios comunitarios aprobados se limitan a proyectos que sirvan a un fin útil para la comunidad en ámbitos como la salud, los servicios sociales, la protección del medio ambiente, la educación, la reurbanización urbana y rural, el bienestar, el ocio, las instalaciones públicas, la seguridad pública y la atención a los niños.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agenda de trabajo o participación estandarizada firmada</li> <li>Declaración firmada en el encabezado de la organización que compruebe las horas.</li> </ul>
<p><b>Formación profesional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Programas educativos organizados que preparan a las personas para el empleo en ocupaciones actuales o emergentes. El Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés) determinará los requisitos de horas de curso para la formación profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscripción oficial del curso para el semestre actual por parte de la oficina del secretario.</li> <li>Copia del horario de clases del semestre actual.</li> </ul>
<p><b>Inscripción en una institución de educación superior</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La carga de trabajo del estudiante puede incluir cualquier combinación de cursos, trabajo, investigación o estudios especiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscripción oficial del curso para el semestre actual por parte de la oficina del secretario.</li> <li>Copia del horario de clases del semestre actual.</li> </ul>

## ANEXO D



que la institución considere que contribuyen a la condición de tiempo completo de la persona.	
<b>Inscripción y participación activa en el programa de readaptación profesional de la Agencia de Readaptación Profesional de Georgia (GVRA)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaración firmada por la GVRA con fecha en un plazo de cuatro semanas a partir de la presentación de la solicitud.</li><li>• Carta de inscripción con fecha en un plazo de cuatro semanas a partir de la presentación de la solicitud</li></ul>