

Solicitud para Cobertura de Salud & Ayuda para Pagar Costos



Use esta solicitud para ver las posibilidades de cobertura a su alcance

- Planes de seguro de salud privados y accesibles que ofrecen cobertura comprensiva, para ayudarle a mantener su buena salud
- Un Nuevo crédito impositario que le ayuda de inmediato a pagar su prima por cobertura de salud.
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).

Usted puede calificar para un programa gratuito o de bajo costo aun si gana tanto como \$94,000 por año (para una familia de 4).



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para aplicar por cualquier miembro familiar.
- Presenta la solicitud aun si su niño ya tiene cobertura de salud. Usted puede ser legible para una cobertura de menor costo o gratuita.
- Si es soltero/a, puede usted utilizar el formulario corto. Visitenos en: www.wesystem.wyo.gov
- Familias que incluyen a inmigrantes pueden aplicar. Usted puede aplicar por su hijo aun si usted no es elegible para la cobertura. El hecho de aplicar no afectara su estado de inmigración, ni las posibilidades de hacerse residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, puede ser necesario completar el Apéndice C.



Más rápido en línea

Solicite más rápido en línea: www.wesystem.wyo.gov



Lo que necesita para aplicar

- Números del Seguro Social (o números de documentos de todo inmigrante legal que necesita cobertura)
- Empleador e información de ingresos de cada persona en la familia (por ejemplo, talones de pago, formas W-2, o declaración de salario o de impuestos)
- Números de pólizas de cualquier seguro de salud vigente/actual.
- Información acerca de cualquier cobertura de salud mediante el trabajo.



¿Por qué pedimos esta información?

Lo hacemos para que usted sepa cuál es la cobertura a su disposición, y si es posible recibir ayuda para pagarla. **Mantenemos segura y privada toda la información proporcionada, según requiera la ley.**



Luego ¿que pasa?

Envíe la solicitud firmada a la dirección en la página 10. **Si usted no tiene toda la información que pedimos, firme igual, y envíenosla.** Nosotros nos pondremos en contacto con usted en 1–2 semanas. Usted recibirá instrucciones sobre los próximos pasos para completar la cobertura. Si no tiene noticias nuestras, visítenos en: www.wesystem.wyo.gov o llame al **1-855-294-2127**. Llenar esta solicitud no significa que usted tenga que comprar un seguro de salud.



Si necesita ayuda con esta solicitud

- **En línea:** www.wesystem.wyo.gov
- **Teléfono:** Llame al Centro de Servicios al Cliente al 1-855-294-2127
- **En persona:** Pueden haber asesores en su área para ayudarle. Visite nuestro sitio en internet o llame al 1-855-294-2127 para mayores informaciones.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-294-2127**

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 1 Cuéntenos de usted.

(Una persona adulta en la familia será el contacto para esta solicitud.)

| | | | |
|--|------------|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Primer nombre, Segundo, Apellido, & Sufijo | | | |
| 2. Dirección de Casa (Dejar en blanco si no tiene.) | | | 3. Departamento/Nº Suite |
| 4. Ciudad | 5. Estado | 6. Código Postal | 7. Condado |
| 8. Dirección Correo (si es diferente de la casa) | | | 9. Departamento/Nº Suite |
| 10. Ciudad | 11. Estado | 12. Código Postal | 13. Condado |
| 14. Teléfono () — | | 15. Otro teléfono () — | |
| 16. ¿Recibirá información de esta solicitud por correo electrónico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Correo Electrónico: _____ | | | |
| 17. Idioma hablada o escrita de preferencia (si no es inglés) | | | |

PASO 2 Cuéntenos de la familia

¿A quién tiene que incluir en esta solicitud?

Incluya o todos los miembros de la familia que viven con usted. Si usted paga impuestos, necesitamos saber de todos que figuran en su declaración de impuestos. (No es obligatorio que pague impuestos para recibir cobertura de salud).

DEBE incluir a:

- Si mismo
- Su Cónyuge
- Sus hijos menores de 21 que viven con usted
- Su pareja (no casado/a) que necesita cobertura de salud
- Toda persona incluida en su declaración de impuestos, aun si no vive con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 a quién cuida o que vive con usted

NO es necesario incluir a:

- Su pareja (no casado/a) que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja (no casado/a)
- Sus padres que viven con usted, pero que presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21)
- Otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos.

El monto de ayuda, o tipo de programa que está a su disposición depende del número de personas en su familia, y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurar de que todos reciban la mejor cobertura.

Debe Completar el Paso 2 para cada persona en su familia. Empieza con usted mismo, luego agregue a los demás adultos y niños. Si usted tiene más que dos personas en su familia, tendrá que hacer copia de las hojas y adosarlas. No es necesario proveer información sobre el estado migratorio o el N° del Seguro Social (SSN) para familiares que no necesitan seguro de salud. Mantendremos segura y privada toda la información proporcionada, según requiere la ley. Utilizaremos información personal solo para checar si usted es o no, elegible para la cobertura de salud.

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 2: PERSONA 1 (Usted Mismo)

Complete Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o toda persona que figura en su declaración de impuestos federales si la presenta. Ver página 1 para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta declaración de impuestos, recuerda que puede agregar a toda familia que viva con usted.

| | |
|---|--|
| 1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido & Sufijo | 2. ¿Parentesco? Solicitante |
| 3. Fecha Nacimiento mm/dm/a | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer |

5. Número Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____

Necesitamos esto si usted quiere cobertura y tiene un SSN. El darnos su SSN puede acelerar el proceso de aplicación aun si usted no quiere cobertura de salud. Usamos los SSNs para checar ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si usted quiere ayuda en conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite al socialsecurity.gov. Los que utilizan TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Piensa usted presentar una declaración de impuestos federales el AÑO QUE VIENE?

(Usted puede presentar una solicitud para seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales.)

SI. Si marcó Si, conteste las preguntas a–c. **NO. Si marcó No**, vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará declaración conjunta con su cónyuge? Sí No

Si marcó Si, nombre del/la cónyuge: _____

b. ¿Nombrará dependientes en su declaración? Sí No

Si marcó Si, liste los nombres de ellos: _____

c. ¿Lo nombrarán a usted como dependiente en una declaración de impuestos federales? Sí No

Si marcó Si, ponga el nombre del declarante: _____

¿Cuál es su parentesco con el declarante? _____

7. ¿Está usted embarazada? Sí No a. **Si marcó Si**, ¿cuantos bebés espera en este embarazo? _____

b. **Si marcó Si**, ponga la fecha estimada de parto: _____

8. ¿Necesita usted cobertura de salud?

(Aun si tiene seguro, puede haber un programa que le da mejor cobertura a menor costo.)

SI. Si marcó Si, conteste todas las preguntas abajo. **NO. Si marcó No**, VAYA a la pregunta sobre ingresos a la página 8
Deje el resto de la página en blanco

9. ¿Tiene usted una condición de salud física, mental, o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas de rutina, etc) o vive usted en un lugar donde recibe cuidados y ayuda medicas? Si marcó Si, debe completar Apéndice D
 No

10. ¿Es usted ciudadano de USA o nacional de USA? Sí No

11. **Si no lo es**, ¿tiene usted estado de inmigración elegible? Sí No

Ponga su tipo de documento y número de ID abajo.

a. Documento Migratorio _____ b. Número de ID _____

c. ¿Ha vivido usted en USA desde 1996? Sí No d. ¿Es usted, su cónyuge o padre veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de USA? Sí No

12. ¿Precisa ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

13. ¿Vive usted con por lo menos un niño menor de 19, y usted lo mantiene al niño? Sí No

14. ¿Es usted estudiante de tiempo completo? Sí No

15. ¿Usted vivió en una casa de crianza a los 18 años o más? Sí No

16. Si es Hispano/Latino, otra etnia (OPCIONAL—marque las que aplican.)

Mexicano Amero-Mexicano Chicano/a Portorriqueño Cubano Otro _____

17. Raza (OPCIONAL— marque las que aplican.)

Blanca Indígena Americana o Filipina Vietnamita Guamiana or Chamorra
 Negra o Afro- Indígena de Alaska Japonesa Otra de Asia Samoana
Americana Indio Asiático Coreana Indígena de Hawái Otra de Islas Pacifico
 China Otra

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

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 2: PERSONA 2

Complete Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o toda persona que figura en su declaración de impuestos federales si la presenta. Ver página 1 para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta declaración de impuestos, recuerda que puede agregar a toda familia que viva con usted.

| | | |
|---|--|--|
| 1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, & Sufijo | | 2. Parentesco |
| 3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| 5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Necesitamos esto si usted quiere cobertura y tiene un número. | | |
| 6. ¿Vive la PERSONA 2 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No, ponga la dirección: _____ | | |
| 7. ¿La PERSONA 2 piensa declarar impuestos federales el AÑO QUE VIENE? (Usted puede presentar una solicitud para seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste las preguntas a–c. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , vaya a la pregunta c. a. ¿Presentará la PERSONA 2 declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , nombre del/la cónyuge: _____ b. ¿Nombrará la PERSONA 2 dependientes en su declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , liste los nombres de ellos: _____ c. ¿Nombrarán a la PERSONA 2 como dependiente en una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , ponga el nombre del declarante: _____ ¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 2 con el declarante? _____ | | |
| 8. ¿Está embarazada la PERSONA 2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si marcó Si , ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____ b. Si marcó Si , ponga la fecha estimada de parto: _____ | | |
| 9. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura de salud? (Aun si tiene seguro, puede haber un programa que le da mejor cobertura a menor costo.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste todas las preguntas abajo. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , VAYA a la pregunta sobre ingresos a la página 8 Deje el resto de la página en blanco | | |
| 10. ¿Tiene la PERSONA 2 una condición de salud física, mental, o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas de rutina, etc) o vive en un lugar donde recibe cuidados y ayuda médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , debe completar Apéndice D | | |
| 11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadano de USA o nacional de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 12. Si no lo es , ¿tiene PERSONA 2 estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí Ponga su tipo de documento y número de ID abajo. a. Documento Migratorio _____ b. Número de ID _____ c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en USA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Es la PERSONA 2, su cónyuge o padre veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 13. ¿La PERSONA 2 quiere ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. ¿La PERSONA 2 vive con por lo menos un niño menor de 19, y lo mantiene al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. ¿La PERSONA 2 vivió en casa de crianza a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Es la PERSONA 2 estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 17. Si es Hispano/Latino, otra etnia (OPCIONAL—marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Amero-Mexicano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| 18. Raza (OPCIONAL— marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena Americana o Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guamiana or Chamorra <input type="checkbox"/> Negra o Afro-Americana <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Otra de Islas Pacifico <input type="checkbox"/> Otra | | |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 2: PERSONA 3

Complete Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o toda persona que figura en su declaración de impuestos federales si la presenta. Ver página 1 para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta declaración de impuestos, recuerda que puede agregar a toda familia que viva con usted.

| | | |
|---|--|--|
| 1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, & Sufijo | | 2. Parentesco |
| 3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| 5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Necesitamos esto si usted quiere cobertura y tiene un número. | | |
| 6. ¿Vive la PERSONA 3 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No, ponga la dirección: _____ | | |
| 7. ¿La PERSONA 3 piensa declarar impuestos federales el AÑO QUE VIENE? (Usted puede presentar una solicitud para seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste las preguntas a–c. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , vaya a la pregunta c. a. ¿Presentará la PERSONA 3 declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , nombre del/la cónyuge: _____ b. ¿Nombrará la PERSONA 3 dependientes en su declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , liste los nombres de ellos: _____ c. ¿Nombrarán a la PERSONA 3 como dependiente en una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , ponga el nombre del declarante: _____ ¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 3 con el declarante? _____ | | |
| 8. ¿Está embarazada la PERSONA 3? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si marcó Si , ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____ b. Si marcó Si , ponga la fecha estimada de parto: _____ | | |
| 9. ¿Necesita la PERSONA 3 cobertura de salud? (Aun si tiene seguro, puede haber un programa que le da mejor cobertura a menor costo.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste todas las preguntas abajo. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , VAYA a la pregunta sobre ingresos a la página 8 Deje el resto de la página en blanco. | | |
| 10. ¿Tiene la PERSONA 3 una condición de salud física, mental, o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas de rutina, etc) o vive en un lugar donde recibe cuidados y ayuda médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , debe completar Apéndice D | | |
| 11. ¿Es la PERSONA 3 ciudadano de USA o nacional de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 12. Si no lo es , ¿tiene PERSONA 3 estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí. Ponga su tipo de documento y número de ID abajo. a. Documento Migratorio _____ b. Número de ID _____ c. ¿Ha vivido la PERSONA 3 en USA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Es la PERSONA 2, su cónyuge o padre veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 13. ¿La PERSONA 3 quiere ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. ¿La PERSONA 3 vive con por lo menos un niño menor de 19, y lo mantiene al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. ¿La PERSONA 3 vivió en casa de crianza a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Es la PERSONA 3 estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 17. Si es Hispano/Latino, otra etnia (OPCIONAL—marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Amero-Mexicano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| 18. Raza (OPCIONAL— marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena Americana o <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guamiana or Chamorra <input type="checkbox"/> Negra o Afro-Americana <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Otra de Asia <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Otra de Islas Pacifico <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Otra | | |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 2: PERSONA 4

Complete Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o toda persona que figura en su declaración de impuestos federales si la presenta. Ver página 1 para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta declaración de impuestos, recuerda que puede agregar a toda familia que viva con usted.

| | | |
|---|--|---------------|
| 1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, & Sufijo | | 2. Parentesco |
| 3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| 5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Necesitamos esto si usted quiere cobertura y tiene un número. | | |
| 6. ¿Vive la PERSONA 4 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No, ponga la dirección: _____ | | |
| 7. ¿La PERSONA 4 piensa declarar impuestos federales el AÑO QUE VIENE? (Usted puede presentar una solicitud para seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste las preguntas a–c. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , vaya a la pregunta c. a. ¿Presentará la PERSONA 4 declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , nombre del/la cónyuge: _____ b. ¿Nombrará la PERSONA 4 dependientes en su declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , liste los nombres de ellos: _____ c. ¿Nombrarán a la PERSONA 4 como dependiente en una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , ponga el nombre del declarante: _____ ¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 4 con el declarante? _____ | | |
| 8. ¿Está embarazada la PERSONA 4? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si marcó Si , ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____ b. Si marcó Si , ponga la fecha estimada de parto: _____ | | |

9. ¿Necesita la PERSONA 4 cobertura de salud?
(Aun si tiene seguro, puede haber un programa que le da mejor cobertura a menor costo.)
 SI. Si marcó Si, conteste todas las preguntas abajo. **NO. Si marcó No**, VAYA a la pregunta sobre ingresos a la página 8
Deje el resto de la página en blanco

10. ¿Tiene la PERSONA 4 una condición de salud física, mental, o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas de rutina, etc) o vive en un lugar donde recibe cuidados y ayuda médicos? Sí No
Si marcó Si, debe completar Apéndice D

11. ¿Es la PERSONA 4 ciudadano de USA o nacional de USA? Sí No

12. **Si no lo es**, ¿tiene PERSONA 4 estado de inmigración elegible?
 Sí Ponga su tipo de documento y número de ID abajo.
a. Documento Migratorio _____ b. Número de ID _____
c. ¿Ha vivido la PERSONA 4 en USA desde 1996? Sí No
d. ¿Es la PERSONA 4, su cónyuge o padre veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de USA? Sí No

| | | |
|--|--|--|
| 13. ¿La PERSONA 4 quiere ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. ¿La PERSONA 4 vive con por lo menos un niño menor de 19, y lo mantiene al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. ¿La PERSONA 4 vivió en casa de crianza a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|--|--|

16. ¿Es la PERSONA 4 estudiante de tiempo completo? Sí No

17. **Si es Hispano/Latino, otra etnia (OPCIONAL—marque las que aplican.)**
 Mexicano Amero-Mexicano Chicano/a Portorriqueño Cubano Otro _____

18. **Raza (OPCIONAL— marque las que aplican.)**

| | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Indígena Americana o Indígena de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Guamiana or Chamorra |
| <input type="checkbox"/> Negra o Afro-Americana | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra de Asia | <input type="checkbox"/> Samoana |
| | <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái | <input type="checkbox"/> Otra de Islas Pacifico |
| | | | | <input type="checkbox"/> Otra |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 2: PERSONA 5

Complete Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o toda persona que figura en su declaración de impuestos federales si la presenta. Ver página 1 para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta declaración de impuestos, recuerda que puede agregar a toda familia que viva con usted.

| | | |
|---|---|---|
| 1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, & Sufijo _____ | 2. Parentesco _____ | |
| 3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) _____ | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| 5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Necesitamos esto si usted quiere cobertura y tiene un número. | | |
| 6. ¿Vive la PERSONA 5 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No, ponga la dirección: _____ | | |
| 7. ¿La PERSONA 5 piensa declarar impuestos federales el AÑO QUE VIENE? (Usted puede presentar una solicitud para seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste las preguntas a–c. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , vaya a la pregunta c. | | |
| a. ¿Presentará la PERSONA 5 declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , nombre del/la cónyuge: _____ | | |
| b. ¿Nombrará la PERSONA 5 dependientes en su declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , liste los nombres de ellos: _____ | | |
| c. ¿Nombrarán a la PERSONA 5 como dependiente en una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , ponga el nombre del declarante: _____ ¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 5 con el declarante? _____ | | |
| 8. ¿Está embarazada la PERSONA 5? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si marcó Si , ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____ b. Si marcó Si , ponga la fecha estimada de parto: _____ | | |
| 9. ¿Necesita la PERSONA 5 cobertura de salud? (Aun si tiene seguro, puede haber un programa que le da mejor cobertura a menor costo.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste todas las preguntas abajo. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , VAYA a la pregunta sobre ingresos a la página 8 Deje el resto de la página en blanco | | |
| 10. ¿Tiene la PERSONA 5 una condición de salud física, mental, o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas de rutina, etc) o vive en un lugar donde recibe cuidados y ayuda médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , debe completar Apéndice D | | |
| 11. ¿Es la PERSONA 5 ciudadano de USA o nacional de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 12. Si no lo es , ¿tiene PERSONA 5 estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí Ponga su tipo de documento y número de ID abajo. a. Documento Migratorio _____ b. Número de ID _____ c. ¿Ha vivido la PERSONA 5 en USA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Es la PERSONA 5, su cónyuge o padre veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 13. ¿La PERSONA 5 quiere ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. ¿La PERSONA 5 vive con por lo menos un niño menor de 19, y lo mantiene al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. ¿La PERSONA 5 vivió en casa de crianza a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Es la PERSONA 5 estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 17. Si es Hispano/Latino, otra etnia (OPCIONAL—marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Amero-Mexicano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| 18. Raza (OPCIONAL— marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena Americana o Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guamiana or Chamorra <input type="checkbox"/> Negra o Afro-Americana <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Otra de Asia <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Otra de Islas Pacifico <input type="checkbox"/> Otra | | |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 2: PERSONA 6

Complete Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o toda persona que figura en su declaración de impuestos federales si la presenta. Ver página 1 para más información sobre a quién incluir. Si usted no presenta declaración de impuestos, recuerda que puede agregar a toda familia que viva con usted.

| | | |
|---|--|--|
| 1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, & Sufijo | | 2. Parentesco |
| 3. Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) | 4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| 5. Número de Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Necesitamos esto si usted quiere cobertura y tiene un número. | | |
| 6. ¿Vive la PERSONA 6 en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No , ponga la dirección: _____ | | |
| 7. ¿La PERSONA 6 piensa declarar impuestos federales el AÑO QUE VIENE? (Usted puede presentar una solicitud para seguro de salud aunque no presente una declaración de impuestos federales.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste las preguntas a-c. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , vaya a la pregunta c. a. ¿Presentará la PERSONA 6 declaración conjunta con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , nombre del/la cónyuge: _____ b. ¿Nombrará la PERSONA 6 dependientes en su declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , liste los nombres de ellos: _____ c. ¿Nombrarán a la PERSONA 6 como dependiente en una declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , ponga el nombre del declarante: _____ ¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 6 con el declarante? _____ | | |
| 8. ¿Está embarazada la PERSONA 6? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. Si marcó Si , ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____ b. Si marcó Si , ponga la fecha estimada de parto: _____ | | |
| 9. ¿Necesita la PERSONA 6 cobertura de salud? (Aun si tiene seguro, puede haber un programa que le da mejor cobertura a menor costo.) <input type="checkbox"/> SI. Si marcó Si , conteste todas las preguntas abajo. <input type="checkbox"/> NO. Si marcó No , VAYA a la pregunta sobre ingresos a la página 8 Deje el resto de la página en blanco | | |
| 10. ¿Tiene la PERSONA 6 una condición de salud física, mental, o emocional que limita sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas de rutina, etc) o vive en un lugar donde recibe cuidados y ayuda médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , debe completar Apéndice D | | |
| 11. ¿Es la PERSONA 6 ciudadano de USA o nacional de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 12. Si no lo es , ¿tiene PERSONA 6 estado de inmigración elegible? <input type="checkbox"/> Sí Ponga su tipo de documento y número de ID abajo. a. Documento Migratorio _____ b. Número de ID _____ c. ¿Ha vivido la PERSONA 6 en USA desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Es la PERSONA 6, su cónyuge o padre veterano o miembro activo de las Fuerzas Armadas de USA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 13. ¿La PERSONA 6 quiere ayuda para pagar cuentas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. ¿La PERSONA 6 vive con por lo menos un niño menor de 19, y lo mantiene al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. ¿La PERSONA 6 vivió en casa de crianza a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Es la PERSONA 6 estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 17. Si es Hispano/Latino, otra etnia (OPCIONAL—marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Amero-Mexicano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| 18. Raza (OPCIONAL— marque las que aplican.) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena Americana o Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guamiana or Chamorra <input type="checkbox"/> Negra o Afro-Americana <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Otra de Asia <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Otra de Islas Pacifico <input type="checkbox"/> Otra | | |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 3

Información Actual Sobre Trabajo e Ingresos

Empleado

Si tiene empleo, ¿cuál es su ingreso. Comience con # 1.

Sin empleo

Vaya a pregunta 13

Autónomo

Vaya a pregunta 12

EMPLEO ACTUAL 1

| | |
|---|------------------------------------|
| 1. Nombre y Dirección del Empleador | 2. Teléfono del Empleador () - |
| 3. Salario/propinas (pre-impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ | |
| 4. Promedio de horas cada SEMANA | 5. ¿Quién trabaja? |

EMPLEO ACTUAL 2 (Si usted tiene varios trabajos y necesita más espacio adose más hojas.)

| | |
|---|------------------------------------|
| 6. Nombre y Dirección del Empleador | 7. Teléfono del Empleador () - |
| 8. Salario/propinas (pre-impuestos) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual \$ | |
| 9. Promedio de horas cada SEMANA | 10. ¿Quién trabaja? |

11. En este año, usted: Cambió Trabajos Dejó de Trabajar Disminuyó Horas Ninguno Mencionado

12. Si es autónomo, conteste lo siguiente:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuál es su ingreso neto este mes(ganancias después de expensas)?

\$

13. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Cheque todo lo que aplica, denos el monto mensual y quién lo percibe **NOTA:** No necesita incluir manutención de niños, ni estipendio de veterano, ni ingreso suplemento del Seguro (SSI)

Ninguno

Desempleo

Pensiones

Seguro Social

Jubilación

Manutención

\$ ¿Quién?

\$ ¿Quién?

\$ ¿Quién?

\$ ¿Quién?

\$ ¿Quién?

Neto \$ ¿Quién

Neto \$ ¿Quién

Otros \$ ¿Quién

Tipo:

14. **DEDUCCIONES:** Cheque todos los que apliquen, denos el monto y la frecuencia con que lo percibe usted.

Si usted paga ciertas cosas que se pueden deducir en su declaración de impuestos federales, cuéntenos y el costo de su cobertura de salud podría ser menos

NOTA: Usted no debe incluir un costo que ya está incluido en su respuesta al monto neto de trabajo autónomo (pregunta 12b).

Manutención pagada \$ ¿Frecuencia? Otras deducciones \$ ¿Frecuencia?

Interés Préstamo Estudiantil \$ ¿Frecuencia? Tipo:

15. **INGRESO ANUAL:** Completar solo si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no anticipa cambios a su ingreso mensual, vaya al Paso 4.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Ingreso total Este Año \$ | Ingreso total el Año que Viene (si cree que va a ser diferente) \$ |
|-------------------------------------|--|

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

PASO 4 Familiares Indígenas Americanas o de Alaska (AI/AN)

1. ¿Es usted o algún familiar Indígena Americano o de Alaska?

- Si marco **No**, vaya al Paso 5.
- Si marco **Si**, vaya al Apéndice B.

PASO 5 La Cobertura de Salud de Su Familia

Conteste estas preguntas para todo aquel que necesite cobertura de salud.

1. ¿Está actualmente registrado para cobertura de alguno de los siguientes?

SI. Si marcó Si, marque el tipo de cobertura y escriba nombre(s) de la(s) persona(s) al lado. **NO.**

Medicaid _____

CHIP _____

Medicare _____

TRICARE (No marque si tiene cuidado directo o "Line of Duty")

Programas de Salud del VA _____

Peace Corps _____

Seguro del Empleador _____

Nombre del Seguro: _____

Número Póliza: _____

¿Es de COBRA? Sí No

¿Es un plan de salud para jubilados? Sí No

Otro

Nombre del Seguro de Salud: _____

Número Póliza: _____

¿Es un plan de beneficios limitados (como póliza escolar contra accidentes)? Sí No

Si alguien que figura en esta solicitud quiere ayuda para pagar las primas de Medicare, complete Apéndice D

2. ¿Alguien en esta solicitud ha sido ofrecido cobertura de salud mediante su trabajo? Marque SI aun si la cobertura es mediante el empleo de otra persona, tal como cónyuge o padre.

SI. Si marcó Si, debe llenar e incluir el Apéndice A. ¿Este es un plan de beneficio para empleados del Estado de Wyoming? Sí No

NO. Si marcó No, vaya al Paso 6.

3. ¿Algún niño en su hogar que está aplicando tuvo cobertura que venció en los últimos 30 días?

SI. Si marcó Si, conteste las preguntas a-c. **NO.** Si marcó No, vaya al Paso 6.

a. Si marcó SI, ¿quién recibió cobertura bajo esta póliza? _____

b. ¿En qué fecha termino la póliza? _____

c. ¿Por qué terminó la póliza?

Terminación del empleo

Empleador ya no brinda seguro de salud

Se proveyó cobertura de COBRA

Padre o tutor que brindaba seguro murió o fue discapacitado. Si es así, de cuanto era la prima mensual? _____

Cobertura demasiado cara

Cobertura no accesible (ejemplo: cobertura brindado por HMO en otro estado)

Cobertura fue por enfermedad específica o parte del cuerpo (ejemplo: póliza para cáncer, visión o dental)

Cobertura fue específica para actividades escolares (póliza estudiantil para accidentes deportivos)

Cobertura fue Medicaid, Servicios de Salud para Indígenas, o relacionada con salud tribal.

Otra Explique cual: _____

Declaración de Revelación de la Ley de Reducción de Papel

Según la Ley de Reducción de Papel de 1995, no es obligatorio responder a la recolección de información, a menos que el papel muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1191. El tiempo requerido para completar esta recolección de información es estimado en 28 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar los recursos existentes de datos, juntar datos necesarios, y completar y revisar la información recolectada. Si usted tiene comentarios que quiere hacer en cuanto a la precisión de las estimaciones del/los tiempo(s), o sugerencias para mejorar este formulario, puede escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204. este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante

PASO 6 Lea y Firme esta Solicitud

- Firmo esta solicitud bajo juramento, lo cual significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario, a mi mejor saber y entender. Entiendo que puedo ser sujeto a las penalidades bajo ley federal si llego a brindar información falsa o errónea.
- Entiendo que debo decirles a los Proveedores de Seguros de Salud si algo cambia o difiere de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar a www.wesystem.wyo.gov o llamar a **1-800-855-294-2127** para reportar cualquier cambio. Entiendo que algún cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Entiendo que bajo la ley federal, no se permite la discriminación según raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, o discapacidad. Puedo asentar una queja de discriminación en: www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Confirmando que no hay nadie encarcelado o detenido de las personas que están solicitando cobertura de salud en esta aplicación.
_____ (Nombre del Solicitante)

Nosotros precisamos esta información para ver si usted es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si quiere solicitarla. Procesaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas del IRS (Bureau de Recaudaciones Internas), Seguro Social, el Departamento de Seguridad de la Patria, y/o agencias que reportan al consumidor. Si la información no concuerda, le podemos pedir que nos mande pruebas.

Renovación de la Cobertura en el Futuro

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda en el pago de la cobertura de salud en el futuro, doy mi permiso para que los Proveedores utilicen mis datos sobre mis ingresos, incluyendo la información de mis declaraciones sobre impuestos. Los Proveedores me enviarán notificación, me permitirán hacer cambios, y siempre puedo dar de baja mi solicitud en cualquier momento.

Sí, puede renovar automáticamente mi elegibilidad para los próximos

5 años (el máximo plazo permitido), o por un plazo menor::

4 años 3 años 2 años 1 año

No utilice información de mis declaraciones sobre impuestos para renovar mi cobertura. .

Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos de buscar y conseguir dinero de otro seguro de salud, de arreglos legales, o de terceros. También le doy a la agencia de Medicaid los derechos a buscar y conseguir apoyo médico de un cónyuge o padre/madre.
- ¿Algún niño que figura en esta solicitud tiene padre o madre que vive fuera del hogar? Sí No
- **i marco que Si**, entiendo que me pedirán que coopere con la agencia que recolecta apoyo médico de un padre/madre ausente. Si yo considero que el cooperar con la recolección de apoyo médico me causara daño a mi o mi hijos, puedo decirle a Medicaid y tal vez no tenga que cooperar.

Mi Derecho a Apelar

Si yo considero que los Proveedores del Seguro o del Programa de Seguro de Salud para Niños/Medicaid (CHIP) haya cometido un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien de los Proveedores o a Medicaid/CHIP que yo pienso que la acción a seguir está equivocada, y puedo pedir que se haga una revisión justa de la acción. Entiendo que puedo aprender como apelar al contactarme con los Proveedores al **1-800-318-2596**. Entiendo que alguien me puede representar en el proceso. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Firma del Solicitante. La persona que llenó el Paso 1 de esta solicitud deberá firmarla. Si usted es representante autorizado, puede firmar aquí, siempre que haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

| | |
|--------|-------------------|
| Firma: | Fecha (mm/dd/año) |
|--------|-------------------|

PASO 7 Enviar la Solicitud

Debe enviar su solicitud firmada a:

WDH – Customer Service Center
2232 Dell Range Blvd., Ste. 300
Cheyenne, WY 82009

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

APENDICE A

Cobertura de Salud Mediante Empleos

NO es necesario responder estas preguntas a menos que alguien en su hogar es elegible para cobertura de salud mediante su empleo. Debe adosar una copia de esta hoja para cada empleo que le ofrezca cobertura.

Cuéntenos del EMPLEO que le ofrece cobertura.

Use la Herramienta de Cobertura del Empleador que se encuentra en la siguiente hoja para responder estas preguntas. Debe incluir solo esta página que nos envía su solicitud, no la Herramienta de Cobertura del Empleador.

Información del EMPLEADO

| | |
|--|--|
| 1. Nombre (Primero, Segundo, Apellido) | 2. Número de Seguro Social - - |
|--|--|

Información del EMPLEADOR

| | | |
|--|-------------------------------------|------------------|
| 3. Nombre del Empleador | 4. Número de Identificación (EIN) | |
| 5. Dirección del Empleador | 6. Teléfono del Empleador () - | |
| 7. Ciudad | 8. Estado | 9. Código Postal |
| 10. Con quién podemos contactarnos acerca de cobertura para el trabajador? | | |
| 11. Teléfono (si es different al de arriba) () - | 12. Dirección de Correo Electrónico | |

13. ¿Es usted actualmente elegible para cobertura ofrecida mediante este empleador, o será elegible dentro de los próximos 3 meses? SI (Continúe)

13a. Si usted está esperando o en un período de prueba, ¿cuándo puede usted registrarse para la cobertura? (mm/dd/año)

Escriba los nombres de cualquier otra persona elegible para cobertura mediante este empleo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

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

Cuéntenos del plan de salud que le ofrece este empleador

14. ¿Le ofrece un plan de salud que cumple con el standard de valor mínimo*? Sí No

15. Para el plan de menor costo que cumple con el standard de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (sin incluir planes familiares): Si el empleador tiene programas de salud, menciona la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el descuento máximo por algún programa de cesación del uso de tabaco, y no recibiera ningún otro descuento basado en el plan de salud. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

a. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Bimensual Semestral Anual

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el año del nuevo plan (si se onoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador empezará a ofrecerles cobertura a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo a los empleados que cumplen con el estándar de valor mínimo* (La prima debe reflejar el descuento por programas de salud. Ver pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendrá que pagar de primas el empleado, para ese plan? \$ _____

b. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Bimensual Semestral Anual

Fecha del cambio (mm/dd/año): _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "standard de valor mínimo" si la porción de los costos del beneficio total permitido y cubiertos por el plan no llega a menos del 60 % de tales costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Recaudación Interna de 1986)

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

HERRAMIENTO DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta herramienta para contestar las preguntas del Apéndice A acerca de cualquier cobertura mediante un empleador para la cual usted es elegible (aun si es mediante el empleo de otro, como el cónyuge o padre/madre). La información en los casilleros abajo numerados concuerdan con los casilleros en el Apéndice A. Por ejemplo, la respuesta a pregunta 14 de esta hoja debe concordar con la pregunta 14 en el Apéndice A.

Escriba su nombre y su número de Seguro en las cajas 1 y 2 y pídale a su empleador que llene el resto del formulario. Debe completar una herramienta para cada empleador que ofrece cobertura de salud.



Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre del Empleado (Primero, Segundo, Apellido)

2. Número de Seguro Social



Información del EMPLEADOR

3. Nombre del Empleador

4. Número de Identificación (EIN)

5. Dirección del Empleador (los Proveedores enviarán avisos a esta dirección)

6. Teléfono del Empleador

7. Ciudad

8. Estado

9. Código Postal

10. ¿A quién podemos contactar en este empleo acerca de la cobertura para el empleado?

11. Teléfono (si es diferente de lo de arriba)

12. Correo Electrónico

13. ¿El empleado es actualmente elegible para cobertura ofrecido por su empleador, o lo será en los próximos 3 meses?

SI (Continúe)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluyendo el resultado de esperar o un período de prueba, ¿cuándo será elegible?
_____ (mm/dd/año) (Continúe)

No (PARE y regrese este formulario al empleado)

Cuéntenos del **plan de salud** ofrecido por este **empleador**.

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

SI ¿Cuáles personas? Cónyuge Dependiente

No

(Vaya a pregunta 14)

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con el standard de valor mínimo*?

Si (Vaya a pregunta 15) No (PARE y regrese este formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el standard de valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (sin incluir planes familiares): Si el empleador tiene programas de salud, menciona la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el descuento máximo por algún programa de cesación del uso de tabaco, y no recibiera ningún otro descuento basado en el plan de salud.

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

b. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 Semanas Bimensual Semestral Anual

Si el año del plan termina pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos también cambiarán, vaya a pregunta 16. Si no sabe, PARE y regrese el formulario al empleado.

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

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador empezará a ofrecerles cobertura a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo a los empleados que cumplen con el estándar de valor mínimo* (La prima debe reflejar el descuento por programas de salud. Ver pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendrá que pagar de primas el empleado, para ese plan? \$ _____

b. ¿Frecuencia? Semanal Cada 2 Semanas Bimensual Semestral Anual

c. Fecha del cambio (mm/dd/año _____):

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "standard de valor mínimo" si la porción de los costos del beneficio total permitido y cubiertos por el plan no llega a menos del 60 % de tales costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Recaudación Interna de 1986)

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

APENDICE B

Familiar Indígena Americana o Indígena de Alaska (AI/AN)

Debe completar este Apéndice si usted o algún miembro de la familia es Indígena Americana o Indígena de Alaska. Presente esta hoja junto con su Solicitud para Cobertura de Salud & Ayuda para Pagar Costos.

Cuéntenos de sus familiares Indígenas Americanas o Indígenas de Alaska

Usted puede obtener servicios del Servicio de Salud Indígena, programas tribales de salud, o de programas urbanos de salud indígena. Tal vez ellos no tendrán que pagar costos compartidos, y puedan acceder a periodos mensuales especiales de registro. Conteste las siguientes preguntas y asegúrese de que su familia consiga la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir más personas, haga copia de esta hoja y adócala.

| | AI/AN PERSONA 1 | AI/AN PERSONA 2 |
|---|---|---|
| 1. Nombre | Primero Segundo | Primero Segundo |
| | Apellido | Apellido |
| 2. ¿Es miembro de una tribu reconocida? | <input type="checkbox"/> Sí Si marcó SI, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí Si marcó SI, nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Esta persona ha recibido alguna vez servicio del Servicio de Salud Indígena, de un programa tribal de salud, o de un programa urbano de salud Indígena, o a través de un pedido de uno de estos programas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de un programa tribal de salud, o de un programa urbano de salud Indígena, o a través de un pedido de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de un programa tribal de salud, o de un programa urbano de salud Indígena, o a través de un pedido de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Cierta cantidad de dinero recibido no puede ser contado por Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Mencione todo ingreso (monto y frecuencia de recibirlo) que usted reportó en su solicitud que incluye dinero de estas Fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arriendos, o regalía. • Pagos que provienen de recursos naturales, agricultura, granjas, pesca, arriendos, o regalía de tierras designadas como tierras fiscales Indígenas por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y reservas previas) • Ganancias por la venta de artefactos que tienen significado cultural. | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ | \$ _____ ¿Frecuencia? _____ |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

APENDICE C

Ayuda con el Llenado de esta Solicitud

Usted Puede Elegir un Representante Autorizado.

Usted le puede dar a una persona de su confianza el permiso para hablar de esta solicitud con nosotros, ver su información, y actuar en su lugar en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información acerca de su solicitud y firmar su solicitud en su lugar. Esta persona se denomina "representante autorizado." Si usted alguna vez necesita cambiar su representante autorizado por alguien nombrado en esta solicitud, debe entregar prueba de ello con la solicitud.

1. Nombre del Representante Autorizado (Primero, Segundo, Apellido)

2. Dirección

3. Departamento o número de suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código Postal

7. Teléfono () -

8. Nombre de Organización

9. Número de ID (si aplica)

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial acerca de esta solicitud, y actúa en lugar suyo en todo asunto futuro con esta agencia.

10. Su firma

11. Fecha (mm/dd/año)

Solo Para Consejeros Certificados de Solicitudes, Navegantes, Agentes y Brókeres.

Debe completar esta sección si usted es consejero certificado de solicitudes, navegante, agente, o bróker y está llenando esta solicitud en lugar de otra persona.

1. Fecha Comienzo de Solicitud (m/d/año)

2. Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido, & Sufijo

3. Nombre Organización

4. Número de ID (si aplica)

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

APENDICE D

Ayuda Adicional para Ancianos, Personas Ciegas o con Discapacidad.

No necesita responder estas preguntas a menos que alguien en su hogar aplica para cobertura de Medicaid porque es anciano/a, ciego/a, discapacitado/a, o quiere ayuda con el pago de las primas de Medicare.

Lea todas la preguntas con cuidado y complete cada sección lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-855-294-2127.

Reapropiación de Herencia

Antes de aplicar, es importante que usted sepa que el estado de Wyoming buscará satisfacer los costos pagados por Wyoming Medicaid de la herencia de un recipiente de Medicaid, de 55 años o más, o de cualquier edad cuando dicha persona haya sido paciente interno en una institución medica cuando recibió ayuda médica.

Cuéntenos de la persona que aplica

| | PERSONA 1 | | PERSONA 2 | |
|---|---|------------------------|---|---------|
| | Primero | Segundo | Primero | Segundo |
| 1. Nombre (Primero, Segundo, Apellido) | Apellido | | Apellido | |
| 2. ¿Esta persona recibe actualmente o es elegible para Medicare? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó SI, Número de Medicare: | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó SI, Número de Medicare: | |
| 3. ¿Esta persona ha tenido cobertura de cuidados a plazo largo que termino en los últimos tres (3) meses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó SI, fecha de terminación: / / M M D D AÑO | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó SI, fecha de terminación: / / MM DD AÑO | |
| 4. ¿Esta persona está actualmente en una instalación médica o un lugar donde recibe cuidados a largo plazo, o planea vivir en dicho lugar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó SI, tipo de lugar: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hogar para <input type="checkbox"/> Ancianos <input type="checkbox"/> Residencia con Asistencia | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó SI, tipo de lugar: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hogar para <input type="checkbox"/> Ancianos <input type="checkbox"/> Residencia con Asistencia | |
| | Nombre del Lugar: | | Nombre del Lugar: | |
| Fecha de Entrada: | | Fecha de Entrada: | | |
| / / MM DD AÑO | | / / MM DD AÑO | | |
| 5. ¿Esta persona desea permanecer en su casa y recibir servicios especializados y así demorar o prevenir ser admitido a un Hogar para Ancianos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

| | PERSONA 1 | PERSONA 2 |
|--|--|--|
| 6. ¿Tiene esta persona un/a Compañero/a o un Contrato de Cuidados? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marco Si , nombre de la persona. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marco Si , nombre de la persona. |
| 7. ¿Alguien en su hogar ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marco Si , nombre de la persona. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marco Si , nombre de la persona. |
| 8. Es esta persona dependiente de un veterano? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marco Si , relación con el/la veterano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre Nombre del/la Veterano/a Número del Reclamo: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marco Si , relación con el/la veterano/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre Nombre del/la Veterano/a Número del Reclamo: |
| 9. ¿Tiene esta persona ingresos que no figuran en la Solicitud para Cobertura de Salud? Por ejemplo- ingresos del VA, compensación del trabajador, manutención de niños, etc. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , tipo de ingreso Monto Mensual: \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , tipo de ingreso Monto Mensual: \$ |
| 10. ¿Ha recibido o recibirá esta persona un pago único, tal como arreglo, herencia, pago retro-activo, etc.? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , cual es la fecha: / / _____ M M D D A Ñ O Monto: \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , cual es la fecha / / _____ M M D D A Ñ O Monto: \$ |
| 11. ¿Recibe esta persona dinero en forma de regalo mensual para pagar expensas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , nombre del que hace regalo: Monto Mensual: \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Si , nombre del que hace regalo: Monto Mensual: \$ |

¿ ¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

12. ¿Esta persona ha vendido, transferido, canjeado o regalado algún objeto de valor en los pasados 60 meses?

Por ejemplo: fideicomisos, inmuebles, automóviles, nichos para entierro, etc.

Sí No

Si marcó Si, ponga la fecha:

____/____/____
M M D D A N O

Objeto(s) vendido, transferido o regalado:

Valor: \$

Monto recibido de la transacción:

Nombre de persona que recibió objeto:

Si marcó Si, ponga la fecha:

____/____/____
M M D D A N O

Objeto(s) vendido, transferido o regalado:

Valor: \$

Monto recibido de la transacción:

Nombre de persona que recibió objeto:

Cuéntenos de los recursos financieros que pertenecen a miembros del hogar

| Tipo | S | N | Miembro(s) del Hogar | Monto | Institución Financiera/ Nombre Compañía | Número Cuenta |
|---|---|---|----------------------|-------|--|---------------|
| Efectivo en Mano | | | | | | |
| Cuenta Corriente | | | | | | |
| Cuenta Corriente | | | | | | |
| Cuenta Corriente | | | | | | |
| Cuenta de Ahorros | | | | | | |
| Cuenta de Ahorros | | | | | | |
| Cuenta de Ahorros | | | | | | |
| Cuenta de Unión Crediticia | | | | | | |
| Cuenta de Hogar de Ancianos | | | | | | |
| Certificado de Deposito | | | | | | |
| Acciones/Bonos/Anualidades | | | | | | |
| IRA/401K/Keogh/Pensión | | | | | | |
| Fondo Entierro/Fideicomisos | | | | | | |
| Consocio de Fideicomisos | | | | | | |
| Fideicomiso para Necesidades Especiales | | | | | | |
| Otros Fideicomisos | | | | | | |
| Seguro de Vida | | | | | | |
| Otros Recursos | | | | | | |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.

| Tipo | S | N | Miembro(s) del Hogar | Valor |
|--------------------------------------|---|---|----------------------|-------|
| Automóvil | | | | |
| Vehículo para Recreación | | | | |
| Cosecha/Maquinaria | | | | |
| Tractores | | | | |
| Ganado | | | | |
| Terrenos/Inmuebles | | | | |
| Patrimonio de por Vida | | | | |
| Terreno para Entierro | | | | |
| Contratos para Escritura y/o Pagares | | | | |
| Caja Fuerte | | | | |
| Otros Recursos | | | | |

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber de usted

¿NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD? Visite: www.wesystem.wyo.gov o llame al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en español, llame al 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en otro idioma, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante cual es el idioma que usted necesita. Nuestra ayuda será sin costo. Si utiliza TTY llame al 1-855-329-5204.