

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



## Use esta solicitud para ver para qué cobertura califica

- Planes del Mercado que ofrecen cobertura integral para ayudarlo a mantenerse bien.
- Un crédito fiscal que puede ayudar inmediatamente a reducir sus primas de cobertura de salud.
- Cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- **Ciertos niveles de ingresos pueden calificar para programas gratuitos o de bajo costo.**



## ¿Quién puede usar esta aplicación?

- Use esta solicitud para solicitar para cualquier persona en su hogar.
- **Solicite incluso si usted, su cónyuge o su hijo ya tienen cobertura de salud. Podría ser elegible para una cobertura gratuita o de menor costo.**
- Los hogares que incluyen inmigrantes pueden presentar una solicitud. Puede solicitar para su hijo incluso si no es elegible para la cobertura. La solicitud no afectará su estado migratorio ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, es posible que deba completar el Apéndice C.



## Lo que puede necesitar para presentar una solicitud

- Números de Seguro Social (SSN) (o números de documento para cualquier inmigrante elegible que necesite cobertura).
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su hogar (como comprobante de ingresos, formularios W-2, declaraciones de salarios e impuestos, pagos de veteranos, pagos de jubilación o pensión)
- Números de póliza de cualquier seguro médico actual.
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para



## ¿Por qué solicitamos esta información?

Le pedimos información sobre sus ingresos y otros datos para informarle sobre la cobertura a la que tiene derecho y si puede obtener alguna ayuda para pagarla. **Mantendremos toda la información que nos proporcione de forma privada y segura, tal y como exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o consulte las instrucciones.



## ¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que figura en la página 10. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud**

**De todos modos.** Nos pondremos en contacto con usted en un plazo de 1 a 2 semanas, y **es posible que reciba una llamada de Wyoming Medicaid si necesitamos más información.** Recibirá un aviso de elegibilidad por correo después de que se procese su solicitud. Si no tiene noticias nuestras, contáctenos. Completar esta solicitud no significa que tenga que comprar cobertura de salud.



## Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [www.wesystem.wyo.gov](https://www.wesystem.wyo.gov).
- **Teléfono:** Llame al Centro de Servicio al Cliente de Medicaid de Wyoming al **1-855-294-2127**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-329-5204**.
- **En persona:** Puede haber consejeros en su área que puedan ayudarlo. Visite nuestro sitio web o llame al 1-855-294-2127 para obtener más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-294-2127**.
- **Otros idiomas:** Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-294-2127** y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted.
- **Unidad de atención a largo plazo de Medicaid de Wyoming**  
**Teléfono:** Llame a la Unidad de Cuidados a Largo Plazo de Medicaid de Wyoming al **1-855-203-2936** **Fax:** Si ya está trabajando con un representante en la Unidad de Cuidados a Largo Plazo, envíe su solicitud por fax al **1-307-777-8399**

Tiene derecho a obtener información en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. Llame al Centro de Servicio al Cliente de Medicaid de Wyoming al **1-855-294-2127** para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-329-5204**

**Declaración de divulgación de 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 válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1191. Se estima que el tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de un promedio de 45 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 sobre la precisión de las estimaciones de tiempo 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.

Por favor, imprima en mayúsculas usando tinta negra o azul oscuro solamente. Rellena los círculos (○) así → ●

**PASO 1: Cuéntanos sobre ti.**

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

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de la casa (déjela en blanco si no tiene una).			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado
14. Número de teléfono (        )		15. Segundo número de teléfono (        )	
16. ¿Le gustaría recibir información sobre su solicitud, beneficios u otras notificaciones importantes del Departamento de Salud de Wyoming?			
Correo Electrónico		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No   dirección de correo electrónico: _____	
Texto		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No   número preferido: _____	
17. Si actualmente recibe notificaciones electrónicas y desea optar por no participar, consulte aquí: <input type="radio"/> Correo electrónico <input type="radio"/> Mensaje de texto <input type="radio"/> Ambos			
18. Idioma preferido:   Escrito		Hablad	

**PASO 2: Cuéntenos sobre su hogar.**

**¿A quién debe incluir en esta solicitud?**

Complete las páginas del Paso 2 para cada persona en su hogar, incluso si la persona ya tiene cobertura de salud. La información de esta solicitud nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura posible. La cantidad de ayuda o el tipo de programa para el que califica se basa en la cantidad de personas en su hogar y los ingresos de su hogar. Si no incluye a alguien, incluso si ya tiene cobertura médica, sus resultados de elegibilidad podrían verse afectados.

**Para adultos que necesitan cobertura:**

*Incluya a estas personas incluso si no están solicitando cobertura de salud para sí mismas:*

- Cualquier cónyuge
- Cualquier hijo menor de 21 años con el que vivan, incluidos los hijastros
- Cualquier otra persona en la misma declaración de impuestos federales sobre la renta (incluidos los hijos mayores de 21 años que se reclaman en la declaración de impuestos de uno de los padres). Tú no necesita declarar impuestos para obtener cobertura de salud.

**Para niños menores de 21 años que necesitan cobertura:**

*Incluya a estas personas incluso si no están solicitando cobertura de salud ellos mismos:*

- Cualquier padre (o padrastro o madrastra) con el que viva
- Cualquier hermano con el que vivan
- Cualquier niño con el que vivan, incluidos los hijastros
- Cualquier cónyuge con el que vivan
- Cualquier otra persona en la misma declaración de impuestos federales sobre la renta. No necesita declarar impuestos para obtener cobertura de salud.

**Complete el Paso 2 para cada persona en su hogar.**

Comience con usted mismo, luego agregue otros adultos y niños. Si tiene más de 6 personas en su hogar, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas.

No es necesario que proporcione el estado migratorio o los números de seguro social de los miembros del hogar que no necesitan cobertura médica. Mantendremos toda la información que proporcione privada y segura, según lo exija la ley. Usaremos información personal solo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.

# PASO 2: PERSONA 1 (Comienza contigo mismo).

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y dependientes que viven con usted, y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a las personas de su hogar.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1? <b>PROPIO</b>		3. ¿Estás casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
			5. Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre

6. Número de Seguro Social (SSN)  -  -

**★ Necesitamos un SSN si desea cobertura de salud y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO?** Aún puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.

**SÍ. En caso afirmativo**, Responda a los ítems de la A a la C.  **NO. Si no**, Saltar al punto C.

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

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos?.....  Sí  No  
**En caso afirmativo**, Enumere los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_



c. ¿Será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?.....  Sí  No  
**En caso afirmativo**, Enumere el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Estás embarazada?  Sí  No

a. **En caso afirmativo**, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_

b. **En caso afirmativo**, ¿cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_

9. **¿Necesita cobertura de salud?** Incluso si tiene cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.

**SÍ. En caso afirmativo**, responda todas las preguntas a continuación.   **NO. Si no**, VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. 

10. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le causa limitaciones en las actividades (como bañarse, diseñarse, tareas diarias, etc.), una necesidad especial de atención médica, O vivir en un centro médico o en un hogar? .....  Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO, sírvase solicitar el Apéndice D.**

11. ¿Es usted ciudadano **estadounidense** o **nacional estadounidense**?.....  Sí  No

12. ¿Es usted ciudadano **naturalizado** o **derivado**? (Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.) Después de completar a y b, PASA a la pregunta 14.

**SÍ. En caso afirmativo**, Complete A y B.  **NO. Si no**, Continúe con la pregunta 13.

a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. Número de certificado: \_\_\_\_\_

13. **Si no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.**, ¿Tiene un estatus migratorio elegible?  
 **SÍ**. Introduzca el tipo de documento y el número de identificación. Ver más abajo.

Tipo de documento de inmigración | Tipo de estado (opcional) | Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración.

Extranjero o número I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro(código de categoría o condado de emisión)

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

b. ¿Es usted, su cónyuge o padre, un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.? .....  Sí  No

14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Después de Enero 1, 2027 no mas van hacer 2 meses y no 3 meses**  Sí  No

15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este niño?  
 Complete "sí" si usted o su cónyuge cuidan a este niño). enumere los nombres y relaciones de los hijos menores de 19 años que viven con usted en su hogar.  Sí  No

16. ¿Estuvo en cuidado de crianza a los 18 años o más?  Sí  No En caso afirmativo, indique en qué estado se encontraba bajo custodia: \_\_\_\_\_

17. ¿Es residente de Wyoming? .....  Sí  No

**Opcional:**  
(Rellena todoeso  
aplicar)

18. Si es hispano/latino, etnia:  Mexicano  Mexicano-Americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. Raza:  Blanco  Negro  Afroamericano  Indio americano o nativo de Alaska  Filipin  Japonés  Coreano  Indio asiático   
 , Vietnamita,  Otro Asiático,  Nativo  Chino Guamanian o Chamorro  Samoano  Otros isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_  
Hawaiano,

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener

## PASO 2: PERSONA 2 (Comienza contigo mismo).

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y dependientes que viven con usted, y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a las personas de su hogar.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Estás casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre

6. Número de Seguro Social (SSN)    -

**★ Necesitamos un SSN si desea cobertura de salud y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO?** *Aún puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.*

- SÍ. En caso afirmativo,** Responda a los ítems de la A a la C.  **NO. Si no,** Saltar al punto C.
- a. ¿Presentará una solicitud conjunta con un cónyuge? .....  Sí  No  
**En caso afirmativo,** Escriba el nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_
- b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos?.....  Sí  No  
**En caso afirmativo,** Enumere los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_
- c. ¿Será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?.....  Sí  No  
**En caso afirmativo,** Enumere el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Estás embarazada?  Sí  No **a. En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
**b. En caso afirmativo,** ¿cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_

9. **¿Necesita cobertura de salud?** *Incluso si tiene cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.*  
 **SÍ. En caso afirmativo,** responda todas las preguntas a continuación.  **NO. Si no,** VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le causa limitaciones en las actividades (como bañarse, diseñarse, tareas diarias, etc.), una necesidad especial de atención médica, O vivir en un centro médico o en un hogar? .....  Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO, sírvase solicitar el Apéndice D.**

11. ¿Es usted ciudadano **estadounidense** o **nacional estadounidense**?.....  Sí  No

12. ¿Es usted ciudadano **naturalizado** o **derivado**? *(Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)* Después de completar a y b, PASA a la pregunta 14.  
 **SÍ. En caso afirmativo,** Complete A y B.  **NO. Si no,** Continúe con la pregunta 13.  
a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. Número de certificado: \_\_\_\_\_

13. **Si no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.,** ¿Tiene un estatus migratorio elegible?  
 **SÍ.** Introduzca el tipo de documento y el número de identificación. Ver más abajo.

Tipo de documento de inmigración	Tipo de estado (opcional)	Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración.
----------------------------------	---------------------------	--

Extranjero o número I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro(código de categoría o condado de emisión)

- a. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996? .....  Sí  No
- b. ¿Es usted, su cónyuge o padre, un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.? .....  Sí  No
14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Después de Enero 1, 2027 no mas van hacer 2 meses y no 3 meses**  Sí  No
15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este niño?  
 Complete "sí" si usted o su cónyuge cuidan a este niño). enumere los nombres y relaciones de los hijos menores de 19 años que viven con usted en su hogar.  Sí  No

16. ¿Estuvo en cuidado de crianza a los 18 años o más?  Sí  No En caso afirmativo, indique en qué estado se encontraba bajo custodia: \_\_\_\_\_

17. ¿Es residente de Wyoming? .....  Sí  No

**Opcional:**  
*(Rellena todo eso  
aplicar)*

18. Si es hispano/latino, etnia:  Mexicano  Mexicano-Americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. Raza:  Blanco  Negro  Afroamericano  Indio americano o nativo de Alaska  Filipino  Japonés  Coreano  Indio asiático   
 , Vietnamita,  Otro Asiático,  Nativo  Chino Guamanian o Chamorro  Samoano  Otros isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_  
Hawaiano,

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener

## PASO 2: PERSONA 3 (Comienza contigo mismo).

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y dependientes que viven con usted, y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a las personas de su hogar.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Estás casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre

6. Número de Seguro Social (SSN)  -  -

**★ Necesitamos un SSN si desea cobertura de salud y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO?** *Aún puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.*

**SÍ. En caso afirmativo**, Responda a los ítems de la A a la C.  **NO. Si no**, Saltar al punto C.

a. ¿Presentará una solicitud conjunta con un cónyuge? .....  Sí  No

**En caso afirmativo**, Escriba el nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos?.....  Sí  No



**En caso afirmativo**, Enumere los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

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

**En caso afirmativo**, Enumere el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Estás embarazada?  Sí  No **a. En caso afirmativo**, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
**b. En caso afirmativo**, ¿cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_

9. **¿Necesita cobertura de salud?** *Incluso si tiene cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.*

**SÍ. En caso afirmativo**, responda todas las preguntas a continuación.   **NO. Si no**, VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. 

10. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le causa limitaciones en las actividades (como bañarse, diseñarse, tareas diarias, etc.), una necesidad especial de atención médica, O vivir en un centro médico o en un hogar? .....  Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO, sírvase solicitar el Apéndice D.**

11. ¿Es usted ciudadano **estadounidense** o **nacional estadounidense**?.....  Sí  No

12. ¿Es usted ciudadano **naturalizado** o **derivado**? *(Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)* Después de completar a y b, PASA a la pregunta 14.

**SÍ. En caso afirmativo**, Complete A y B.  **NO. Si no**, Continúe con la pregunta 13.

a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. Número de certificado: \_\_\_\_\_

13. **Si no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.**, ¿Tiene un estatus migratorio elegible?

**SÍ**. Introduzca el tipo de documento y el número de identificación. Ver más abajo.

Tipo de documento de inmigración | Tipo de estado (opcional) | Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración.

Extranjero o número I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro(código de categoría o condado de emisión)

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

b. ¿Es usted, su cónyuge o padre, un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.? .....  Sí  No

14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Después de Enero 1, 2027 no mas van hacer 2 meses y no 3 meses**  Sí  No

15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este niño?   
Complete "si" si usted o su cónyuge cuidan a este niño). enumere los nombres y relaciones de los hijos menores de 19 años que viven con usted en su hogar.  Sí  No

16. ¿Estuvo en cuidado de crianza a los 18 años o más?  Sí  No En caso afirmativo, indique en qué estado se encontraba bajo custodia: \_\_\_\_\_

17. ¿Es residente de Wyoming? .....  Sí  No

**Opcional:**

*(Rellena todoeso aplicar)*

18. Si es hispano/latino, etnia:  Mexicano  Mexicano-Americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. Raza:  Blanco  Negro  Afroamericano  Indio americano o nativo de Alaska  Filipin  Japonés  Coreano  Indio asiático   , Vietnamita,  Otro Asiático,  Nativo  Chino Guamanian o Chamorro  Samoano  Otros isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_  
Hawaiano,

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener

## PASO 2: PERSONA 4 (Comienza contigo mismo).

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y dependientes que viven con usted, y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a las personas de su hogar.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Estás casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre



6. Número de Seguro Social (SSN)  -  -

**★ Necesitamos un SSN si desea cobertura de salud y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO?** *Aún puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.*

- SÍ. En caso afirmativo,** Responda a los ítems de la A a la C.  **NO. Si no,** Saltar al punto C.
- a. ¿Presentará una solicitud conjunta con un cónyuge? .....  Sí  No  
**En caso afirmativo,** Escriba el nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_
- b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos?.....  Sí  No  
**En caso afirmativo,** Enumere los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_
- c. ¿Será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?.....  Sí  No  
**En caso afirmativo,** Enumere el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Estás embarazada?  Sí  No **a. En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
**b. En caso afirmativo,** ¿cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_

9. **¿Necesita cobertura de salud?** *Incluso si tiene cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.*  
 **SÍ. En caso afirmativo,** responda todas las preguntas a continuación.   **NO. Si no,** VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. 

10. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le causa limitaciones en las actividades (como bañarse, diseñarse, tareas diarias, etc.), una necesidad especial de atención médica, O vivir en un centro médico o en un hogar? .....  Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO, sírvase solicitar el Apéndice D.**

11. ¿Es usted ciudadano **estadounidense** o **nacional estadounidense**?.....  Sí  No

12. ¿Es usted ciudadano **naturalizado** o **derivado**? *(Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)* Después de completar a y b, PASA a la pregunta 14.  
 **SÍ. En caso afirmativo,** Complete A y B.  **NO. Si no,** Continúe con la pregunta 13.  
a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. Número de certificado: \_\_\_\_\_

13. **Si no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.,** ¿Tiene un estatus migratorio elegible?  
 **SÍ.** Introduzca el tipo de documento y el número de identificación. Ver más abajo.

Tipo de documento de inmigración	Tipo de estado (opcional)	Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración.
----------------------------------	---------------------------	--

Extranjero o número I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro(código de categoría o condado de emisión)

- a. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996? .....  Sí  No  
b. ¿Es usted, su cónyuge o padre, un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.? .....  Sí  No
14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Después de Enero 1, 2027 no mas van hacer 2 meses y no 3 meses**  Sí  No  
15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este niño?  
Complete "sí" si usted o su cónyuge cuidan a este niño). enumere los nombres y relaciones de los hijos menores de 19 años que viven con usted en su hogar.  Sí  No

16. ¿Estuvo en cuidado de crianza a los 18 años o más?  Sí  No En caso afirmativo, indique en qué estado se encontraba bajo custodia: \_\_\_\_\_

17. ¿Es residente de Wyoming? .....  Sí  No

**Opcional:**

*(Rellena todoeso aplicar)*

18. Si es hispano/latino, etnia:  Mexicano  Mexicano-Americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. Raza:  Blanco  Negro  Afroamericano  Indio americano o nativo de Alaska  Filipin  Japonés  Coreano  Indio asiático   , Vietnamita,  Otro Asiático,  Nativo  Chino Guamanian o Chamorro  Samoano  Otros isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_  
Hawaiano,

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener

## PASO 2: PERSONA 5 (Comienza contigo mismo).

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y dependientes que viven con usted, y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a las personas de su hogar.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Estás casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre

6. Número de Seguro Social (SSN)  -  -

**★ Necesitamos un SSN si desea cobertura de salud y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO?** *Aún puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.*

**SÍ. En caso afirmativo,** Responda a los ítems de la A a la C.  **NO. Si no,** Saltar al punto C.

a. ¿Presentará una solicitud conjunta con un cónyuge? .....  Sí  No

**En caso afirmativo,** Escriba el nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos?.....  Sí  No



**En caso afirmativo,** Enumere los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

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

**En caso afirmativo,** Enumere el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Estás embarazada?  Sí  No **a. En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
**b. En caso afirmativo,** ¿cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_

9. **¿Necesita cobertura de salud?** *Incluso si tiene cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.*

**SÍ. En caso afirmativo,** responda todas las preguntas a continuación.   **NO. Si no,** VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. 

10. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le causa limitaciones en las actividades (como bañarse, diseñarse, tareas diarias, etc.), una necesidad especial de atención médica, O vivir en un centro médico o en un hogar? .....  Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO, sírvase solicitar el Apéndice D.**

11. ¿Es usted ciudadano **estadounidense** o **nacional estadounidense**?.....  Sí  No

12. ¿Es usted ciudadano **naturalizado** o **derivado**? *(Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)* Después de completar a y b, PASA a la pregunta 14.

**SÍ. En caso afirmativo,** Complete A y B.  **NO. Si no,** Continúe con la pregunta 13.

a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. Número de certificado: \_\_\_\_\_

13. **Si no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.,** ¿Tiene un estatus migratorio elegible?

**SÍ.** Introduzca el tipo de documento y el número de identificación. Ver más abajo.

Tipo de documento de inmigración | Tipo de estado (opcional) | Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración.

Extranjero o número I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro(código de categoría o condado de emisión)

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

b. ¿Es usted, su cónyuge o padre, un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.? .....  Sí  No

14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Después de Enero 1, 2027 no mas van hacer 2 meses y no 3 meses**  Sí  No

15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este niño?   
Complete "si" si usted o su cónyuge cuidan a este niño). enumere los nombres y relaciones de los hijos menores de 19 años que viven con usted en su hogar.  Sí  No

16. ¿Estuvo en cuidado de crianza a los 18 años o más?  Sí  No En caso afirmativo, indique en qué estado se encontraba bajo custodia: \_\_\_\_\_

17. ¿Es residente de Wyoming? .....  Sí  No

**Opcional:**

*(Rellena todoeso aplicar)*

18. Si es hispano/latino, etnia:  Mexicano  Mexicano-Americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. Raza:  Blanco  Negro  Afroamericano  Indio americano o nativo de Alaska  Filipin  Japonés  Coreano  Indio asiático   , Vietnamita,  Otro Asiático,  Nativo  Chino Guamanian o Chamorro  Samoano  Otros isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_  
Hawaiano,


**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener

## PASO 2: PERSONA 6 (Comienza contigo mismo).

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y dependientes que viven con usted, y/o cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a las personas de su hogar.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Relación con la PERSONA 1?	3. ¿Estás casado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Sexo <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre

6. Número de Seguro Social (SSN)  -  -

 **Necesitamos un SSN si desea cobertura de salud y tiene un SSN o puede obtener uno.** Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov) o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta EL PRÓXIMO AÑO?** *Aún puede solicitar cobertura incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.*

**SÍ. En caso afirmativo,** Responda a los ítems de la A a la C.  **NO. Si no,** Saltar al punto C.

a. ¿Presentará una solicitud conjunta con un cónyuge? .....  Sí  No

**En caso afirmativo,** Escriba el nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará dependientes en su declaración de impuestos?.....  Sí  No



**En caso afirmativo,** Enumere los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

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

**En caso afirmativo,** Enumere el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con el declarante de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Estás embarazada?  Sí  No **a. En caso afirmativo,** ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
**b. En caso afirmativo,** ¿cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_

9. **¿Necesita cobertura de salud?** *Incluso si tiene cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.*

**SÍ. En caso afirmativo,** responda todas las preguntas a continuación.   **NO. Si no,** VAYA a las preguntas sobre ingresos en la página 3. Deje el resto de esta página en blanco. 

10. ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le causa limitaciones en las actividades (como bañarse, diseñarse, tareas diarias, etc.), una necesidad especial de atención médica, O vivir en un centro médico o en un hogar? .....  Sí  No

**EN CASO AFIRMATIVO, sírvase solicitar el Apéndice D.**

11. ¿Es usted ciudadano **estadounidense** o **nacional estadounidense**?.....  Sí  No

12. ¿Es usted ciudadano **naturalizado** o **derivado**? *(Esto generalmente significa que nació fuera de los EE. UU.)* Después de completar a y b, PASA a la pregunta 14.

**SÍ. En caso afirmativo,** Complete A y B.  **NO. Si no,** Continúe con la pregunta 13.

a. Número de extranjero: \_\_\_\_\_ b. Número de certificado: \_\_\_\_\_

13. **Si no es ciudadano estadounidense o nacional de los EE. UU.,** ¿Tiene un estatus migratorio elegible?

**SÍ.** Introduzca el tipo de documento y el número de identificación. Ver más abajo.

Tipo de documento de inmigración | Tipo de estado (opcional) | Escriba su nombre tal como aparece en su documento de inmigración.

Extranjero o número I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte
SEVIS ID o fecha de vencimiento (opcional)	Otro(código de categoría o condado de emisión)

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

b. ¿Es usted, su cónyuge o padre, un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.? .....  Sí  No

14. ¿Quiere ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Después de Enero 1, 2027 no mas van hacer 2 meses y no 3 meses**  Sí  No

15. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y es la persona principal que cuida de este niño?   
Complete "si" si usted o su cónyuge cuidan a este niño). enumere los nombres y relaciones de los hijos menores de 19 años que viven con usted en su hogar.  Sí  No

16. ¿Estuvo en cuidado de crianza a los 18 años o más?  Sí  No En caso afirmativo, indique en qué estado se encontraba bajo custodia: \_\_\_\_\_

17. ¿Es residente de Wyoming? .....  Sí  No

**Opcional:**

*(Rellena todoeso aplicar)*

18. Si es hispano/latino, etnia:  Mexicano  Mexicano-Americano  Chicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. Raza:  Blanco  Negro  Afroamericano  Indio americano o nativo de Alaska  Filipin  Japonés  Coreano  Indio asiático   , Vietnamita,  Otro Asiático,  Nativo  Chino Guamanian o Chamorro  Samoano  Otros isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_  
Hawaiano,

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener

# PASO 3: Complete para cualquier miembro del hogar con ingresos.

Haga copias adicionales si su hogar tiene más de dos trabajos.

## Información actual sobre el empleo y los ingresos

**Empleado:** Si actualmente está empleado, cuéntenos sobre sus ingresos. Comience con el punto 1.

**No empleado:** Pase al punto 11.

**Trabajo por cuenta propia:** Saltar al punto 10.

### Trabajo actual 1:

1. Nombre del empleador		a. ¿Quién tiene este trabajo?	
b. Dirección del empleador (opcional)			
c. Ciudad	d. Estado	e. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	2. Número de teléfono del empleador ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]
3. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$		4. Promedio de horas trabajadas cada semana	
<input type="radio"/> Cada hora <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada dos semanas <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual			

### Trabajo actual 2: (Si tiene trabajos adicionales y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel).

5. Nombre del empleador		a. ¿Quién tiene este trabajo?	
b. Dirección del empleador (opcional)			
c. Ciudad	d. Estado	e. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	6. Número de teléfono del empleador ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]
7. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$		8. Promedio de horas trabajadas cada semana	
<input type="radio"/> Cada hora <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada dos semanas <input type="radio"/> Dos veces al mes <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual			
9. Durante el último año, usted: <input type="radio"/> Cambio de trabajo <input type="radio"/> dejo de trabajar <input type="radio"/> Empezó a trabajar menos horas <input type="radio"/> ninguno de estos			

### 10. Si trabaja por cuenta propia, responda a y b:

- a. Tipo de trabajo:
- b. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias una vez que se paguen los gastos comerciales) obtendrá de este trabajo por cuenta propia este mes? *Consulte las instrucciones.* \$

11. **Otros ingresos que reciba este mes:** Complete todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia con la que lo recibe. Complete aquí si no hay ninguno.   
**NOTA:** No es necesario que nos informe sobre los ingresos de la manutención de los hijos, los pagos de veteranos o la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

<input type="radio"/> Desempleo \$    ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?	<input type="radio"/> Pensión alimenticia recibida \$    ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?
<input type="radio"/> Pensión \$    ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?	<input type="radio"/> Cultivo de redes / pesca ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?
<input type="radio"/> Seguro Social \$    ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?	<input type="radio"/> Alquiler neto / regalías \$    ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?
<input type="radio"/> Cuentas de jubilación \$    ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?	Otros ingresos, tipo: _____ <input type="radio"/> \$    ¿Con qué frecuencia?    ¿Quién?

12. **Deducciones:** Complete todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia con la que la paga. Si paga por ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración de impuestos federales, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.  
**NOTA:** No debe incluir la manutención de los hijos que paga, o un costo ya considerado en su respuesta al trabajo por cuenta propia neto.

<input type="radio"/> Pensión alimenticia pagada \$    ¿Con qué frecuencia?	<input type="radio"/> Otras deducciones, tipo: _____ \$    ¿Con qué frecuencia?
<input type="radio"/> Intereses de préstamos estudiantiles \$    ¿Con qué frecuencia?	

13. **Complete esta pregunta si sus ingresos cambian durante el año,** como si solo trabaja en un empleo durante una parte del año o recibe un beneficio por ciertos Meses. Si no espera cambios en sus ingresos mensuales, pase a la siguiente persona. ➔

Sus ingresos totales <b>este año</b>	Sus ingresos totales <b>próximo</b> año (si crees que será diferente)
	<input type="radio"/> Complete si cree que sus ingresos serán difíciles de predecir.

## PASO 4: Miembro del hogar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

1. ¿Eres o alguien en tu hogar es indio americano o nativo de Alaska?

- NO. Si no, continúe con el paso 5.  SÍ. En caso afirmativo, continúe con el Paso 5, además complete el Apéndice B e inclúyalo con la solicitud.

## PASO 5: La cobertura de salud de su hogar

1. ¿A alguien que figura en esta solicitud se le ofrece cobertura de salud de un trabajo? Marque sí, incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge, incluso si no aceptan la cobertura.

- SÍ. Continúe y luego complete el Apéndice A. ¿Es este un plan de beneficios para empleados estatales? .....Sí  No  NO.

2. ¿Alguien está inscrito en cobertura de salud ahora?

- SÍ. En caso afirmativo, continúe con la pregunta 3.  NO. Si no, pase a la pregunta 4.

3. Información sobre la cobertura de salud actual. (Haga una copia de esta página si más de 2 personas tienen cobertura de salud ahora).

Escriba el tipo de cobertura, como seguro del empleador, COBRA, Medicaid, CHIP, Medicare, TRICARE, programa de atención médica de VA, Cuerpo de Paz u otro. (No nos hable de TRICARE si tiene atención directa o cumplimiento del deber).

Nombre de la persona inscrita en la cobertura de salud \_\_\_\_\_

PERSONA 1:

Tipo de cobertura:

- Seguro del empleador  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  Programa de atención médica de VA  cuerpo de paz  Otro

Si es un seguro del empleador: (También deberá completar el Apéndice A).

Nombre de la compañía de seguros de salud \_\_\_\_\_

Número de póliza/identificación \_\_\_\_\_

Si es otro tipo de cobertura:

- Complete si se trata de cobertura de salud del Mercado.

Nombre de la compañía de seguros de salud \_\_\_\_\_

Número de póliza/identificación \_\_\_\_\_

¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? .....  Sí  No

Nombre de la persona inscrita en la cobertura de salud \_\_\_\_\_

PERSONA

Tipo de cobertura:

- Seguro del empleador  COBRA  Medicaid  CHIP  Medicare  TRICARE  Programa de atención médica de VA  cuerpo de paz  Otro

Si es un seguro del empleador: (También deberá completar el Apéndice A).

Nombre de la compañía de seguros de salud \_\_\_\_\_

Número de póliza/identificación \_\_\_\_\_

Si es otro tipo de cobertura:

- Complete si se trata de cobertura de salud

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de póliza/identificación \_\_\_\_\_

¿Es este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidentes escolares? .....  Sí  No

4. ¿Algún niño en su hogar que está solicitando cobertura ha tenido cobertura de salud que ha finalizado en los últimos 30 días?

- SÍ. En caso afirmativo, responda a las preguntas a-c.  NO. Si no es así, vaya al paso 6

a. En caso afirmativo, ¿quién estaba cubierto por esta póliza? \_\_\_\_\_

b. ¿En qué fecha finalizó la póliza? \_\_\_\_\_

c. Especifique la razón por la que finalizó la póliza

- Terminación del trabajo
- La cobertura se proporcionó bajo COBRA La
- cobertura era demasiado costosa
- El empleador ya no ofrece seguro médico
- La cobertura no era accesible (ejemplo: la cobertura era a través de una HMO en otro estado)
- La cobertura era para una enfermedad específica o una parte del cuerpo (por ejemplo, póliza de cáncer, solo para la vista o dental) La cobertura era específica para actividades
- relacionadas con la escuela (póliza de accidentes de estudiantes para deportes) La cobertura
- era Medicaid, Servicios de Salud Indígenas o servicios de salud tribales
- El padre o el gaurdian que proporciona el seguro quedó discapacitado o murió, si es así, ¿cuánto fue la prima mensual? \_
- Otro \_\_\_\_\_



necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127.

# PASO 6: Su acuerdo y firma

1. ¿Esta de acuerdo en permitir que Wyoming Medicaid use datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos? durante los próximos 5 años? .....  Sí  No

Para que sea más fácil determinar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura en años futuros, puede aceptar permitir que Wyoming Medicaid use datos de ingresos actualizados, incluida la información de las declaraciones de impuestos. El Mercado enviará un aviso y le permitirá realizar cualquier cambio. El Mercado verificará para asegurarse de que aún sea elegible y es posible que deba pedirle que confirme que sus ingresos aún califican. Puede optar por no participar en cualquier momento.

Si no, Actualizar automáticamente mi información para el siguiente:  5 años  4 años  3 años  2 años  1 año  
 No use mis datos fiscales para renovar mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud (seleccionar esta opción puede afectar su capacidad para obtener ayuda para pagar la cobertura en el momento de la renovación).

2. ¿Hay alguna persona que solicite seguro médico a través de esta solicitud que se encuentre encarcelada (detenida o en prisión)? .....  Sí  No  
**En caso afirmativo**, díganos el nombre de la persona. El nombre de la persona encarcelada es:

Complete aquí si esta persona enfrenta la disposición de los cargos.

### Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid:

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para buscar y obtener dinero de otros seguros de salud, acuerdos legales u otros terceros. También le doy a la agencia de Medicaid derechos para buscar y obtener apoyo médico de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar? .....  Sí  No
- Si es así, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica de un padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decirselo a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.
- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario lo mejor que puedo mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si proporciono intencionalmente información falsa o falsa.
- Sé que debo informar a Wyoming Medicaid dentro de los 10 días si algo cambia (y es diferente a) lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar [wesystem.wyo.gov](http://wesystem.wyo.gov) o llame al 1-855-297-2127 para informar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad, así como la elegibilidad de los miembros de mi hogar. Para informar cambios a la Unidad de Cuidados a Largo Plazo directamente, llame al 1-855-203-2936.
- Sé que, según la ley federal, la discriminación no está permitida por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, género, identidad o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [hhs.gov/ocr/office/file](http://hhs.gov/ocr/office/file).
- Sé que la información en este formulario se utilizará solo para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud, ayudar a pagar la cobertura (si se solicita) y para fines legales del Mercado y los programas que ayudan a pagar la cobertura.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud si decide presentar una solicitud. Verificaremos sus respuestas utilizando información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes del consumidor. Si la información no coincide, es posible que le pidamos que nos envíe una confirmación.

### ¿Qué debo hacer si creo que mi determinación de elegibilidad es incorrecta?

Si no está de acuerdo con lo que califica, en muchos casos, puede solicitar una apelación. Revise su aviso de elegibilidad para encontrar instrucciones de apelación específicas para cada persona en su hogar que solicite cobertura, incluida la cantidad de días que tiene para solicitar una apelación. Aquí hay información importante a considerar al solicitar una apelación:

- Puede pedirle a alguien que solicite o participe en su apelación si lo desea. Esa persona puede ser un amigo, pariente, abogado u otra persona.. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, es posible que pueda mantener su elegibilidad para la cobertura mientras su apelación está pendiente.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar.

Para apelar sus resultados de elegibilidad de Medicaid de Wyoming, visite [wesystem.wyo.gov](http://wesystem.wyo.gov) o llame al Centro de Servicio al Cliente de Medicaid de Wyoming al 1-855-294-2127. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-329-5204. También puede enviar por correo un formulario de solicitud de apelación o su propia carta solicitando una apelación al Centro de Servicio al Cliente de WDH, 3001 E. Pershing Blvd, Suite 125 Cheyenne, WY 82001.

**La PERSONA 1 debe firmar esta solicitud.** Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que la PERSONA 1 haya firmado el Apéndice C. Si usted es un adulto que actúa responsablemente por un niño, puede firmar aquí si ha completado el Apéndice C.

→ Firma \_\_\_\_\_

Fecha de firma (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--

## PASO 7: Envíe la solicitud completa por correo

**COMPLETE** esta solicitud **FIRMANDO** arriba.  
Una vez **FIRMADO**, envíenos su solicitud.  
**TENGA EN CUENTA:** Si no firma esta solicitud, no es una solicitud válida.

Envíe su solicitud firmada a:  
WDH-Centro de Servicio al Cliente 3001  
E. Pershing Blvd, Suite 125 Cheyenne,  
WY 82001  
Envíe por fax su solicitud firmada a:  
1-855-329-5205  
Envíe su solicitud firmada por correo electrónico a:  
[wesapplications@wyo.gov](mailto:wesapplications@wyo.gov)

**?** ¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener ayuda.

# Apéndice A

## Cobertura de salud de los trabajos

Tú **NO** Deben responder estas preguntas a menos que alguien en el hogar sea elegible para la cobertura de salud de un trabajo, incluso si no aceptan la cobertura. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrezca cobertura.

### Cuéntenos sobre el trabajo que ofrece cobertura.

Haga una copia de esta página y llévela al empleador que ofrece cobertura para que lo ayude a responder estas preguntas.

### Información del empleado

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado [ ][ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
---	--

### Información del empleador

3. Nombre del empleador/empresa	
4. Número de identificación del [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	5. Número de teléfono del ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]

**Ahora, ingrese la información de la persona o departamento que administra los beneficios de los empleados. Podemos comunicarnos con esta persona si necesitamos más información:**

6. Persona o departamento con el que podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados	
7. Dirección del empleador (Wyoming Medicaid puede enviar avisos a esta dirección)	
8. Ciudad	9. Estado [ ][ ]
	10. ZIP [ ][ ][ ][ ][ ]
11. Número de teléfono (si es diferente arriba) ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	12. Dirección de correo electrónico

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continúa)  **SIN EMPLEADOR:** DETÉNGASE y devuelva este formulario  
**EMPLEADO:** Regrese a su solicitud de cobertura

**a. Si el empleado no cumple los requisitos hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá optar a la cobertura? (mes/día/año)**

[ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

**b. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubra al cónyuge o dependientes de este empleado?**

Sí. En caso afirmativo, ¿quiénes?  Esposa  Dependiente(s)  NO (Pase a la pregunta 14)

Enumere los nombres de cualquier otra persona que viva en el hogar del empleado y que sea elegible para la cobertura de este trabajo.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

continúa en la página

## Cuéntenos sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador.

---

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

**SÍ** (Vaya a la pregunta 15).  **NO** (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

---

15. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo ofrecido **solo al empleado** que cumpla con el estándar de valor mínimo\*? No incluya planes familiares. **NOTA:** Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que pagaría el empleado si obtuviera el descuento máximo para cualquier programa para dejar de fumar y no obtuviera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. El empleado pagaría esta prima: \$

**NOTA:** Ingrese la cantidad más baja que el empleado podría pagar por la cobertura de salud.


b. El empleado pagaría esta cantidad:  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestral  Anual

**NOTA:** Si la prima cambia, regrese y actualice su solicitud.

---

\* Un plan de salud cumple con el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el trabajo cumplen con el estándar de valor mínimo.

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127.

 Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener ayuda.

# Apéndice B

## Miembro(s) del hogar indio americano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su hogar es indio americano o nativo de Alaska y está solicitando cobertura. Envíe esto con su "Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos".

### Cuéntenos sobre los miembros de su hogar indios americanos o nativos de Alaska.

Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígenas, programas de salud tribales o programas de salud indígenas urbanos. Es posible que tampoco tengan que pagar costos compartidos y pueden obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda las preguntas a continuación para asegurarse de que su hogar reciba la mayor ayuda posible.

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

AI/AN PERSONA	1. Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)		
	2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? .....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
	<b>En caso afirmativo</b> , nombre de la tribu:	La tribu estatal se encuentra en: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
AI/AN PERSONA	3. ¿Esta persona ha recibido alguna vez algún servicio del servicio de salud indígena, de un programa de salud tribal o de un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de alguno de estos programas? .....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
	<b>En caso negativo</b> , ¿esta persona reúne los requisitos para recibir servicios del servicio de salud indígena, de los programas de salud tribales o de los programas de salud indígena urbanos, o a través de una derivación de uno de estos programas?.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
	4. Es posible que cierto dinero recibido no se cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Enumere cualquier ingreso (monto y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las antiguas reservas)</li> <li>• Dinero de la venta de cosas que tienen un significado cultural</li> </ul>	¿Con qué frecuencia?	
\$			
AI/AN PERSONA	1. Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)		
	2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? .....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
	<b>En caso afirmativo</b> , nombre de la tribu:	La tribu estatal se encuentra en: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>	
AI/AN PERSONA	3. ¿Esta persona ha recibido alguna vez algún servicio del servicio de salud indígena, de un programa de salud tribal o de un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de alguno de estos programas? .....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
	<b>En caso negativo</b> , ¿esta persona reúne los requisitos para recibir servicios del servicio de salud indígena, de los programas de salud tribales o de los programas de salud indígena urbanos, o a través de una derivación de uno de estos programas?.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
	4. Es posible que cierto dinero recibido no se cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Enumere cualquier ingreso (monto y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las antiguas reservas)</li> <li>• Dinero de la venta de cosas que tienen un significado cultural</li> </ul>	¿Con qué frecuencia?	
\$			

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-855-294-2127.

Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-885-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener ayuda.

## Ayuda para completar esta solicitud

### Solo para consejeros de solicitudes, navegadores, agentes y corredores certificados

Complete esta sección si es un consejero de solicitudes, navegador, agente o corredor certificado que completa esta solicitud para otra persona.

1. Inicio de la aplicación dATE (mm/DD/aaaa)

2. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo

3. Nombre de la organización

4. Número de identificación (si corresponde)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Solo agentes/corredores: número NPN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Puede elegir un representante autorizado.

Puede dar permiso a una persona de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar o eliminar a su representante autorizado, comuníquese con Wyoming Medicaid Si es un designado legalmente, envíe un comprobante.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)

2. Dirección postal

3. Ciudad

4. Estado

5. ZIP código

6. Número de

7. Nombre de la organización (si corresponde)

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

8. Firma de la PERSONA 1 que figura en esta solicitud

9. Fecha de firma (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Solicitud firmada por un adulto para un solicitante menor de edad

Proporcione la información a continuación si es un adulto, firma esta solicitud en nombre de un menor y no es su representante autorizado. Si ha firmado la solicitud, para un menor como adulto que actúa responsable del solicitante, complete la información a continuación. Esta solicitud es un documento legal y está firmada bajo un centavo de perjurio. El firmante solo debe proporcionar información de la que tenga conocimiento. Wyoming Medicaid puede comunicarse con usted si necesita información adicional. No se le divulgará información sobre el estado de la solicitud a menos que sea el representante autorizado.

1. Nombre de la persona que firma la solicitud (nombre, segundo nombre, apellido)

2. Dirección

3. Ciudad

4. Estado

5. ZIP código

6. Número de teléfono

7. Relación con el solicitante

8. Nombre de la instalación/empresa/agencia (si corresponde)



# APÉNDICE D

## Asistencia adicional para personas mayores, ciegas o discapacitadas

**NO** es necesario que responda estas preguntas a menos que alguien en el hogar esté solicitando cobertura de Medicaid porque es anciano, ciego, discapacitado o desea ayuda para pagar sus primas de Medicare.

Lea todas las preguntas detenidamente y complete cada sección lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medicaid de Wyoming al **1-855-294-2127**, o a la Unidad de Atención a Largo Plazo de Medicaid de Wyoming al **1-855-203-2936**

### Recuperación de patrimonio

Antes de presentar la solicitud, es importante que sepa que el estado de Wyoming perseguirá los costos pagados por Wyoming Medicaid del patrimonio de un beneficiario de Medicaid, de 55 años o más o de cualquier edad en la que un beneficiario de Medicaid estaba hospitalizado en una institución médica cuando recibió asistencia médica.

### Cuéntenos quién está solicitando.

	PERSONA 1		PERSONA 2	
1. Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Primero	Medio	Primero	Medio
	Último		Último	
2. ¿Esta persona recibe actualmente o tiene derecho a Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , número de Medicare:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , número de Medicare:	
3. ¿Esta persona ha estado cubierta por un seguro de atención a largo plazo que finalizó en los últimos tres (3) meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , fecha de finalización del seguro:  MES / DD / YYYY  Razón por la que finalizó el seguro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , fecha de finalización del seguro:  MES / DD / YYYY  Razón por la que finalizó el seguro:	
4. ¿Esta persona se encuentra actualmente en un centro médico o en un centro de atención a largo plazo, o planea vivir en un centro de atención a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , tipo de instalación:  <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos  <input type="checkbox"/> Residencia asistida  <input type="checkbox"/> Otro: _____  Nombre de la instalación:   Fecha de entrada:  MES / DD / YYYY		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , tipo de instalación:  <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos  <input type="checkbox"/> Residencia asistida  <input type="checkbox"/> Otro: _____  Nombre de la instalación:   Fecha de entrada:  MES / DD / YYYY	
5. ¿Esta persona necesita cuidados propios de una residencia de ancianos pero desea permanecer en su domicilio o requiere servicios debido a una discapacidad del desarrollo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



este formulario en Español, llame **1-855-294-2127**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-294-2127** y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-329-5204**. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener ayuda.

	PERSONA 1	PERSONA 2
6. ¿Esta persona tiene un contrato de acompañante o de cuidado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Alguien en su hogar ha servido en las Fuerzas Armadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , nombre del miembro del hogar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , nombre del miembro del hogar:
8. ¿Esta persona es dependiente de un veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , relación <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Padre  Nombre del veterano  Número de reclamo del veterano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , relación <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Padre  Nombre del veterano  Número de reclamo del veterano:
9. ¿Esta persona tiene algún ingreso que no figure en la Solicitud de Cobertura de Salud?  Los ejemplos incluyen ingresos de VA, dinero de compensación laboral, manutención infantil, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , tipo de ingresos:  Monto mensual: \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , tipo de ingresos:  Monto mensual: \$
10. ¿Esta persona ha recibido o espera recibir un pago único, como una liquidación, herencia, pago retroactivo, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , indique la fecha:  _____ / _____ / _____ MES      DD      YYYY  Monto: \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , indique la fecha:  _____ / _____ / _____ MES      DD      YYYY  Monto: \$
11. ¿Esta persona recibe dinero como regalo mensualmente para pagar los gastos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , nombre de la persona que realiza el pago:  Monto mensual: \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>En caso afirmativo</b> , nombre de la persona que realiza el pago:  Monto mensual: \$
12. ¿Esta persona ha vendido, transferido, intercambiado o regalado algún artículo de valor en los últimos 60 meses? Los ejemplos incluyen fideicomisos, bienes raíces, automóviles, espacios de enterramiento, etc.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo</b> , indique la fecha: _____ / _____ / _____ MES      DD      YYYY Artículo(s) vendido(s), transferido, intercambiado o regalado:  Valor: \$  Cantidad recibida de la transacción: \$  Nombre de la persona que recibió el artículo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo</b> , indique la fecha: _____ / _____ / _____ MES      DD      YYYY Artículo(s) vendido(s), transferido, intercambiado o regalado:  Valor: \$  Cantidad recibida de la transacción: \$  Nombre de la persona que recibió el artículo:



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visítenos [www.wesystem.wyo.gov](http://www.wesystem.wyo.gov) o llámenos al 1-855-294-2127. Para obtener una este formulario en Español, llame 1-855-294-2127. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-855-294-2127 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-329-5204. Si solicita programas para personas mayores, ciegas o discapacitadas, llame al 1-855-203-2936 para obtener ayuda

Cuéntenos sobre los recursos que pertenecen a los miembros del hogar

Tipo	Y	N	Miembro(s) del hogar	Importe	Nombre de la institución financiera / empresa	Número de cuenta
Efectivo disponible						
Cuenta corriente						
Cuenta corriente						
Expreso directo						
Ahorros						
Ahorros						
Cuenta capaz						
Cuenta de cooperativa de crédito						
Cuenta de hogar de ancianos						
Certificado de depósito						
Acciones/Bonos/A anualidades						
IRA/401K/Keogh/Plan de pensiones						
Fondos/fideicomisos de entierro						
Fideicomiso mancomunado						
Fideicomiso para Necesidades Especiales						
Cualquier otro fideicomiso						
Seguro de vida						
Anualidad						
Otros recursos						

Tipo	Y	N	Miembro(s) del hogar	Valor
Coche				
Coche				
Coche				
Coche				
Vehículo recreativo				
Cultivos/Equipos				
Tractores				
Ganado				
Propiedad/Bienes Raíces				
Vida Estate				
Espacio de entierro				
Contrato de escritura y/o Pagaré				
Caja de seguridad				
Otros recursos				