



conectando a los residentes de Pensilvania con la cobertura médica®

Solicitud de cobertura médica y ayuda financiera

Envíe su solicitud más rápido en línea en enroll.pennie.com



Utilice esta solicitud y conozca para qué cobertura médica usted califica

- Planes de seguro médico privados y asequibles que le ofrecen cobertura médica integral para ayudarlo a permanecer sano.
- Un crédito fiscal que puede ayudarlo a pagar de inmediato sus primas y cobertura médica.
- Cobertura médica gratuita o de bajo costo de Medicaid (Asistencia Médica) o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- Determinados niveles de ingresos pueden calificar para los programas gratuitos o de bajo costo.



¿Quién puede usar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para cualquier integrante de su grupo familiar.
- Envíe la solicitud incluso si usted, su cónyuge o hijo tienen cobertura médica. Puede ser elegible para una cobertura médica gratuita o de bajo costo.
- Los grupos familiares que incluyen inmigrantes elegibles pueden enviar la solicitud. Puede enviar la solicitud para su hijo, aunque usted no sea elegible para la cobertura médica.
- Si una persona lo ayuda a completar esta solicitud es posible que tenga que completar el apéndice adjunto.



Qué puede necesitar para enviar la solicitud

- Nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de seguro social (o número de documento si es un inmigrante elegible) para cada integrante del grupo familiar.
- Información del empleador e ingresos por cada integrante del grupo familiar (por ejemplo, de recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos).
- Números de póliza de cualquier seguro médico vigente.
- Información sobre cualquier seguro médico laboral disponible en su grupo familiar.



¿Por qué solicitamos esta información?

Solicitamos información sobre los ingresos y de otra índole a fin de informarle para qué cobertura médica usted califica y si puede obtener algún tipo de ayuda para pagarlo. Mantendremos toda la información que proporcione privada y protegida, tal como lo exige la ley. Para ver la Política de Privacidad, visite pennie.com/policies.



¿Qué sucede luego?

Envíe su solicitud completa y firmada a:

Pennie
PO BOX 2008
Birmingham, AL 35203

Si no tiene toda la información que solicitamos, firme y envíe la solicitud de todas maneras. Haremos un seguimiento con usted dentro de 1 a 2 semanas y es posible que reciba una llamada de Pennie en caso de que necesitemos más información. Recibirá una carta de determinación de la elegibilidad por correo postal después de que se procese su solicitud. Si completa esta solicitud no significa que tenga que comprar cobertura médica.



Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** pennie.com
- **Teléfono:** Llame a Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040. TTY 711.
- **En persona:** Hay asistentes de Pennie en su área que pueden ayudar. Visite pennie.com o llame al Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040 para obtener más información.
- **En español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-844-844-8040.
- **Otros idiomas:** Si necesita ayuda en otro idioma distinto del inglés, llame al 1-844-844-8040 e indique al representante del Servicio de Atención al Cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted.

Tiene derecho a recibir la información de este producto en un formato alternativo. Además, tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html, o llame al Centro de Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040 para obtener más información. TTY 711

Visite pennie.com/policies para obtener información sobre nuestra Política de Privacidad y Política de No Discriminación.

Privacidad de su información

La privacidad de su información es nuestra principal prioridad. Haremos un uso confidencial de su información según lo exige la ley federal y estatal. Las respuestas que usted ingresó en este formulario solo se utilizarán para determinar su elegibilidad para la cobertura médica. Verificaremos sus respuestas con la información existente en nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de organismos estatales y federales. Si hay discrepancias en los datos, podríamos solicitarle que nos envíe documentación adicional. No le haremos preguntas sobre su historia clínica. Si tiene preguntas sobre una solicitud de información o sospecha que una solicitud no proviene de nosotros, contáctese con nuestro centro de atención telefónica.

Importante:

Como parte del proceso de solicitud, es posible que debamos obtener su información de la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, el Servicio de Impuestos Internos, empresas de información crediticia o algún otro servicio disponible a través del Centro Federal de Servicios de Datos. Necesitamos esa información a fin de verificar su capacidad para inscribirse en la cobertura médica. También es posible que volvamos a verificar su información más adelante para asegurarnos de que esté actualizada. Si volvemos a verificar su información, le notificaremos si descubrimos que algo ha cambiado. Para obtener más información, consulte el **Aviso de Prácticas de Privacidad**. Visite agency.pennie.com/policies

Nombre del contacto principal

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Domicilio del contacto principal

Dirección, línea 1

Dirección, línea 2

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección postal del contacto principal

Marque si es igual al domicilio personal del contacto principal

Dirección, línea 1

Dirección, línea 2

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Información de contacto principal

Dirección de correo electrónico

Deseo recibir alertas importantes en esta dirección de correo electrónico.

Número de teléfono celular Número de teléfono fijo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

Al seleccionar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto iniciados por medios electrónicos, incluido un sistema automático de marcación telefónica por parte de Pennie, o en su nombre, al número de teléfono proporcionado. Se pueden aplicar cargos del operador telefónico.
La Política de Privacidad de Pennie se puede encontrar en pennie.com/privacy.

Medio de comunicación preferido:

No deseo recibir material impreso (especificar un correo electrónico)

Dirección postal

Con la opción sin papel, las notificaciones siempre se enviarán a su buzón seguro y usted recibirá un mensaje de texto o correo electrónico en el que le informaremos sobre la disponibilidad del Aviso. Con la opción de correo postal, además de enviarle el aviso al buzón seguro, también le enviaremos una copia impresa/en papel a su dirección postal.

¿Cómo le gustaría recibir su formulario 1095-A?

No deseo recibir material impreso (especificar un correo electrónico)

Dirección postal

Su formulario 1095-A es un documento importante que necesita para completar el formulario 8962 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) que debe enviar como parte de su declaración del impuesto federal sobre la renta.

Idioma preferido para las comunicaciones

Idioma hablado preferido inglés español

Idioma escrito preferido inglés español

El solicitante principal es el individuo quien es la persona principal que solicita el seguro. El solicitante principal debe primero a todas las preguntas que figuran de la página 3 a la 5 sobre su persona. Utilice las páginas siguientes para responder las preguntas sobre otros integrantes del grupo familiar.

Información del solicitante principal

En esta sección, solicitaremos información más detallada sobre el solicitante principal. Después de esta sección solicitaremos información más detallada sobre todos los integrantes de su grupo familiar.

Solicitante principal

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo asignado al nacer		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>		
¿Esta persona busca cobertura médica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿El solicitante principal está casado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Número de Seguro Social

Debe proporcionar el número de seguro social (SSN) del solicitante si tiene uno. Si el solicitante no tiene un número de seguro social, marque la casilla de abajo o visite www.ssn.gov/ssnumber para enviar la solicitud. Si tiene un SSN, pero no se proporciona ahora, el solicitante deberá proporcionar la documentación del SSN más adelante. No proporcionar el SSN podría conllevar a la pérdida de cobertura médica. Proporcionar un número de Seguro Social ahora puede ayudar a la verificación de su elegibilidad para inscribirse en una cobertura médica.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Marque si el solicitante no tiene un número de seguro social.
¿El nombre que usted proporcionó es el mismo que figura en la tarjeta de seguro social de esta persona? <input type="checkbox"/> No			
En caso negativo, ingrese el mismo nombre que figura en la tarjeta de seguro social.			
<input type="text"/>			

¿El solicitante es ciudadano estadounidense o nacionalizado estadounidense? Sí No
 ¿El solicitante es un ciudadano naturalizado o derivado? Sí No
 Si el solicitante no es un ciudadano estadounidense o no está nacionalizado estadounidense, ¿tiene un estado migratorio elegible? Sí No

Tipo de documento migratorio	Tipo de estado (opcional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escriba su nombre como figura en su documento migratorio.	
<input type="text"/>	
Registro de extranjero o número de I-94	Tarjeta de residente permanente o número de pasaporte extranjero
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El solicitante también tiene alguno de estos documentos? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Certificado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)
- Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (para menores de 18)
- Participantes cubanos/haitianos
- Residente de Samoa Americana
- Cónyuge, hijo o padre maltratado en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer
- Documento que indique que el individuo es miembro de una tribu indígena con reconocimiento federal o indígena americano nacido en Canadá
- Documento que indique la cancelación de la orden de deportación
- Ninguna de esas opciones

¿El solicitante tiene la residencia principal en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

En caso negativo, ¿el solicitante ha tenido el mismo estado migratorio que ahora durante los últimos 5 años? Sí No

Ayuda para pagar la cobertura médica

¿Desea averiguar si su grupo familiar puede obtener ayuda para pagar la cobertura médica? Sí No

Si indica que su grupo familiar no desea ayuda para pagar la cobertura médica, no tendrá que proporcionar información financiera y puede omitir la sección de información de ingresos. Sin embargo, su grupo familiar no se tomará en cuenta para los subsidios que podrían disminuir el costo del seguro médico. La solicitud de su grupo familiar será para el seguro de costo completo.

Información de ingresos

Solicitamos información actualizada sobre todos los miembros de su familia e integrantes de su grupo familiar para garantizar que usted obtenga la mayor cantidad posible de beneficios. Antes de comenzar, tómese un momento para reunir la información que se indica más abajo. Es probable que usted necesite lo siguiente:

- Recibos de sueldo
- Formularios W-2
- Información sobre ingresos

Nota: No necesitamos conocer la información sobre los ingresos de la manutención infantil, los pagos a veteranos o ingresos del seguro complementario

¿A qué familiar o miembros del hogar pertenece la siguiente información de ingresos?

Formas de ingresos (marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Trabajo	Monto	Frecuencia	
	Nombre del empleador	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<input type="checkbox"/> Jubilación	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Alquiler o regalías	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Beca	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Trabajo independiente	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Agricultura o pesca	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Inversiones	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Retiro	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Ganancias de capital	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Desempleo	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Otro ingreso	Monto	Frecuencia	

Si seleccionó "Otros ingresos", especifique el tipo de ingresos:

- Deudas canceladas
- Apoyo monetario
- Sumas determinadas por orden judicial
- Juegos de azar, premios o galardones
- Pago por servicio de jurado

Otro

Información de ingresos esperados

Según lo que sabe actualmente, ¿cuánto espera percibir para todo el año? Si no lo sabe, no se preocupe. Haga un cálculo aproximado.

Monto total anual

Deducciones

Informarnos sobre los conceptos deducibles en una declaración de impuestos sobre la renta podría disminuir el costo de su seguro médico.

¿El solicitante paga alguna de estas deducciones?

- | | | |
|---|----|------------|
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | \$ | Frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Intereses de un préstamo estudiantil | \$ | Frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Otras deducciones: | \$ | Frecuencia |

Acerca de su grupo familiar

En esta sección, solicitaremos información más detallada sobre todos los miembros de su grupo familiar. Si son más de dos los solicitantes que envían la solicitud además del solicitante principal, imprima copias adicionales de una de estas secciones para incluirlas en la solicitud impresa completa. El solicitante principal debe usar las páginas 3 a 5 para responder estas preguntas sobre su vida y luego usar las páginas siguientes para responder las preguntas de cada integrante del grupo familiar adicional.

Incluya a todos los integrantes de su grupo familiar, incluso si la persona ya tiene cobertura médica. La información incluida en esta solicitud nos ayuda a garantizar que todos reciban la mejor cobertura médica posible. El monto de la ayuda o el tipo de programa para el que usted califica se basa en la cantidad de integrantes de su grupo familiar y los ingresos de su hogar. Si usted no incluye a alguien, incluso si ya tiene cobertura médica, es posible que esto afecte sus resultados de elegibilidad.

Integrante del grupo familiar

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo asignado al nacer										
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			/			/					
		/			/						

¿Esta persona busca cobertura médica? Sí No

¿Qué relación tiene esta persona con el solicitante principal?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Cuñado o cuñada</i> | <input type="checkbox"/> <i>Padre o madre</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Hijo o hija</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hermano o hermana</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Tutor nombrado por el tribunal o conviviente</i> | <input type="checkbox"/> <i>Yerno o nuera</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Pareja de hecho</i> | <input type="checkbox"/> <i>Cónyuge</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Primo/a hermano/a</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hijastro o hijastra</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Excónyuge</i> | <input type="checkbox"/> <i>Padraastro o madrastra</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Nieto o nieta</i> | <input type="checkbox"/> <i>Tío o tía</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Abuelo a abuela</i> | <input type="checkbox"/> <i>Protegido</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Suegro o suegra</i> | <input type="checkbox"/> <i>Sin parentesco</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Sobrino o sobrina</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>Otro pariente</i> | |

¿Esta persona vive en un domicilio distinto al del solicitante principal? Sí No

En caso afirmativo, proporcione su domicilio a continuación:

Dirección, línea 1

Dirección, línea 2

Ciudad	Condado	Estado	Código postal

¿Esta persona tiene una dirección postal distinta a la del solicitante principal? Sí No

En caso afirmativo, proporcione su domicilio a continuación:

Dirección, línea 1

Dirección, línea 2

Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Número de Seguro Social

Debe proporcionar el número de seguro social (SSN) del solicitante si tiene uno. Si el solicitante no tiene un número de seguro social, marque la casilla de abajo o visite www.ssn.gov/ssnumber para enviar la solicitud. Si tiene un SSN, pero no se proporciona ahora, el solicitante deberá proporcionar la documentación del SSN más adelante. No proporcionar el SSN podría conllevar a la pérdida de cobertura médica. Proporcionar un número de Seguro Social ahora puede ayudar a la verificación de su elegibilidad para inscribirse en una cobertura médica.

Marque si el solicitante no tiene un número de seguro social.

¿El nombre que usted proporcionó es el mismo que figura en la tarjeta de seguro social de esta persona? Sí No

En caso negativo, ingrese el mismo nombre que figura en la tarjeta de seguro social.

¿El solicitante es ciudadano estadounidense o nacionalizado estadounidense? Sí No

¿El solicitante es un ciudadano naturalizado o derivado? Sí No

Si el solicitante no es un ciudadano estadounidense o no está nacionalizado estadounidense, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? Sí No

Tipo de documento inmigratorio

Tipo de estado (opcional)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Escriba su nombre como figura en su documento inmigratorio.

Registro de extranjero o número de I-94

Tarjeta de residente permanente o número de pasaporte extranjero

ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)

Otro (código de categoría o país de emisión)

¿El solicitante también tiene alguno de estos documentos? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Certificado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)
- Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (para menores de 18)
- Participantes cubanos/haitianos
- Residente de Samoa Americana
- Cónyuge, hijo o padre maltratado en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer
- Documento que indique que el individuo es miembro de una tribu indígena con reconocimiento federal o indígena americano nacido en Canadá
- Documento que indique la cancelación de la orden de deportación
- Ninguna de esas opciones

¿El solicitante tiene la residencia principal en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

En caso negativo, ¿el solicitante ha tenido el mismo estado inmigratorio que ahora durante los últimos 5 años? Sí No

Información de ingresos

Solicitamos información actualizada sobre todos los miembros de su familia e integrantes de su grupo familiar para garantizar que usted obtenga la mayor cantidad posible de beneficios. Antes de comenzar, tómese un momento para reunir la información que se indica más abajo. Es probable que usted necesite lo siguiente:

- Recibos de sueldo
- Formularios W-2
- Información sobre ingresos

Nota: No necesitamos conocer la información sobre los ingresos de la manutención infantil, los pagos a veteranos o ingresos del seguro complementario

¿A qué familiar o miembros del hogar pertenece la siguiente información de ingresos?

Formas de ingresos (marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Trabajo	Monto	Frecuencia	
	Nombre del empleador	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<input type="checkbox"/> Jubilación	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Alquiler o regalías	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Beca	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Trabajo independiente	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Agricultura o pesca	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Inversiones	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Retiro	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Ganancias de capital	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Desempleo	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Otro ingreso	Monto	Frecuencia	

Si seleccionó "Otros ingresos", especifique el tipo de ingresos:

- Deudas canceladas
- Apoyo monetario
- Sumas determinadas por orden judicial
- Juegos de azar, premios o galardones
- Pago por servicio de jurado

Otro

Información de ingresos esperados

Según lo que sabe actualmente, ¿cuánto espera percibir para todo el año? Si no lo sabe, no se preocupe. Haga un cálculo aproximado.

Monto total anual

Deducciones

Informarnos sobre los conceptos deducibles en una declaración de impuestos sobre la renta podría disminuir el costo de su seguro médico.

¿El solicitante paga alguna de estas deducciones?

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses de un préstamo estudiantil	\$	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Otras deducciones:	\$	Frecuencia

Acerca de su grupo familiar

En esta sección, solicitaremos información más detallada sobre todos los miembros de su grupo familiar. Si son más de dos los solicitantes que envían la solicitud además del solicitante principal, imprima copias adicionales de una de estas secciones para incluirlas en la solicitud impresa completa. El solicitante principal debe usar las páginas 3 a 5 para responder estas preguntas sobre su vida y luego usar las páginas siguientes para responder las preguntas de cada miembro de la familia adicional.

Integrante del grupo familiar

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Sexo asignado al nacer	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/>	
¿Esta persona busca cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Qué relación tiene esta persona con el solicitante principal?			
<input type="checkbox"/> <i>Cuñado o cuñada</i> <input type="checkbox"/> <i>Hijo o hija</i> <input type="checkbox"/> <i>Tutor nombrado por el tribunal o conviviente</i> <input type="checkbox"/> <i>Pareja de hecho</i> <input type="checkbox"/> <i>Primo/a hermano/a</i> <input type="checkbox"/> <i>Excónyuge</i> <input type="checkbox"/> <i>Nieto o nieta</i> <input type="checkbox"/> <i>Abuelo a abuela</i> <input type="checkbox"/> <i>Suegro o suegra</i> <input type="checkbox"/> <i>Sobrino o sobrina</i> <input type="checkbox"/> <i>Otro pariente</i>		<input type="checkbox"/> <i>Padre o madre</i> <input type="checkbox"/> <i>Hermano o hermana</i> <input type="checkbox"/> <i>Yerno o nuera</i> <input type="checkbox"/> <i>Cónyuge</i> <input type="checkbox"/> <i>Hijastro o hijastra</i> <input type="checkbox"/> <i>Padrastra o madrastra</i> <input type="checkbox"/> <i>Tío o tía</i> <input type="checkbox"/> <i>Protegido</i> <input type="checkbox"/> <i>Sin parentesco</i>	
¿Esta persona vive en un domicilio distinto al del solicitante principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, proporcione su domicilio a continuación:			
Dirección, línea 1			
<input type="text"/>			
Dirección, línea 2			
<input type="text"/>			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Esta persona tiene una dirección postal distinta a la del solicitante principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, proporcione su domicilio a continuación:			
Dirección, línea 1			
<input type="text"/>			
Dirección, línea 2			
<input type="text"/>			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de Seguro Social

Debe proporcionar el número de seguro social (SSN) del solicitante si tiene uno. Si el solicitante no tiene un número de seguro social, marque la casilla de abajo o visite www.ssn.gov/ssnumber para enviar la solicitud. Si tiene un SSN, pero no se proporciona ahora, el solicitante deberá proporcionar la documentación del SSN más adelante. No proporcionar el SSN podría conllevar a la pérdida de cobertura médica. Proporcionar un número de Seguro Social ahora puede ayudar a la verificación de su elegibilidad para inscribirse en una cobertura médica.

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

Marque si el solicitante no tiene un número de seguro social.

¿El nombre que usted proporcionó es el mismo que figura en la tarjeta de seguro social de esta persona? Sí No

En caso negativo, ingrese el mismo nombre que figura en la tarjeta de seguro social.

--

¿El solicitante es ciudadano estadounidense o nacionalizado estadounidense? Sí No

¿El solicitante es un ciudadano naturalizado o derivado? Sí No

Si el solicitante no es un ciudadano estadounidense o no está nacionalizado estadounidense, ¿tiene un estado inmigratorio elegible? Sí No

Tipo de documento inmigratorio	Tipo de estado (opcional)

Escriba su nombre como figura en su documento inmigratorio.

--

Registro de extranjero o número de I-94	Tarjeta de residente permanente o número de pasaporte extranjero

ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)

¿El solicitante también tiene alguno de estos documentos? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Certificado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)
- Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR)
- Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (para menores de 18)
- Participantes cubanos/haitianos
- Residente de Samoa Americana
- Cónyuge, hijo o padre maltratado en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer
- Documento que indique que el individuo es miembro de una tribu indígena con reconocimiento federal o indígena americano nacido en Canadá
- Documento que indique la cancelación de la orden de deportación
- Ninguna de esas opciones

¿El solicitante tiene la residencia principal en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

En caso negativo, ¿el solicitante ha tenido el mismo estado inmigratorio que ahora durante los últimos 5 años? Sí No

Información de ingresos

Solicitamos información actualizada sobre todos los miembros de su familia e integrantes de su grupo familiar para garantizar que usted obtenga la mayor cantidad posible de beneficios. Antes de comenzar, tómese un momento para reunir la información que se indica más abajo. Es probable que usted necesite lo siguiente:

- Recibos de sueldo
- Formularios W-2
- Información sobre ingresos

Nota: No necesitamos conocer la información sobre los ingresos de la manutención infantil, los pagos a veteranos o ingresos del seguro complementario

¿A qué familiar o miembros del hogar pertenece la siguiente información de ingresos?

Formas de ingresos (marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Trabajo	Monto	Frecuencia	
	Nombre del empleador	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<input type="checkbox"/> Jubilación	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Alquiler o regalías	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Beca	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Trabajo independiente	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Agricultura o pesca	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Inversiones	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Retiro	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Ganancias de capital	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Desempleo	Monto	Frecuencia	
<input type="checkbox"/> Otro ingreso	Monto	Frecuencia	

Si seleccionó "Otros ingresos", especifique el tipo de ingresos:

- Deudas canceladas
- Apoyo monetario
- Sumas determinadas por orden judicial
- Juegos de azar, premios o galardones
- Pago por servicio de jurado

Otro

Información de ingresos esperados

Según lo que sabe actualmente, ¿cuánto espera percibir para todo el año? Si no lo sabe, no se preocupe. Haga un cálculo aproximado.

Monto total anual

Deducciones

Informarnos sobre los conceptos deducibles en una declaración de impuestos sobre la renta podría disminuir el costo de su seguro médico.

¿El solicitante paga alguna de estas deducciones?

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Intereses de un préstamo estudiantil	\$	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Otras deducciones:	\$	Frecuencia

Información del grupo familiar

Servicio militar

¿Algún integrante de su grupo familiar es veterano retirado con honores o miembro activo de las Fuerzas Armadas? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona: _____

Información fiscal

No es necesario que declare impuestos para solicitar la cobertura médica, pero deberá hacerlo el próximo año si ahora quiere obtener un crédito fiscal para la prima que lo ayude a pagar la cobertura.

¿Quién planea presentar una declaración del impuesto federal sobre la renta? _____

(En caso de estar casado): ¿Planea presentar una declaración conjunta del impuesto federal sobre la renta? _____

Indique cuál de los declarantes debe considerarse el solicitante principal de esta solicitud (si se trata de una declaración conjunta, este sería el declarante principal)

¿Quiénes son los dependientes que serán nombrados por el/los declarante/s en su declaración del impuesto sobre la renta? _____

Indígena americano o nativo de Alaska

¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar es indígena americano o nativo de Alaska? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona: _____

¿La tribu tiene reconocimiento federal? Sí No

Estado

Nombre de la tribu

¿El solicitante es elegible para recibir servicios médicos del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribal o para indígenas urbanos, o mediante una derivación de alguno de esos programas? Sí No

¿El solicitante alguna vez recibió un servicio médico del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribal o para indígenas urbanos, o mediante una derivación de alguno de esos programas? Sí No

Información sobre Medicaid/CHIP

¿Se indicó que alguien en esta solicitud no es elegible para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) en los últimos 90 días? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de los integrantes del grupo familiar: _____

¿Cuándo se le negó al solicitante la cobertura médica de Medicaid o CHIP? MM/DD/AAAA _____

¿Se indicó que el solicitante no es elegible para Medicaid o CHIP según el estado inmigratorio durante los últimos cinco años incluido el año en curso? Sí No

¿Cambió el estado inmigratorio del solicitante durante los últimos cinco años incluido el año en curso? Sí No

¿Cambió el estado inmigratorio del solicitante desde que se indicó que no es elegible para Medicaid o CHIP? Sí No

Información sobre embarazo

¿Alguna integrante de su grupo familiar está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 90 días? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona: _____

¿La persona aún está embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántos bebés espera en este embarazo? _____

¿Cuándo es la fecha prevista de parto de este embarazo? MM/DD/AAAA _____

En caso negativo, ¿cuándo finalizó este embarazo? MM/DD/AAAA _____

Información sobre discapacidad

¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar tiene una discapacidad física o una afección de salud mental que limita su capacidad para trabajar, asistir a la escuela o atender sus necesidades diarias? Sí No

(Si una persona necesita ayuda solo porque es demasiado joven para realizar estas cosas por sí sola, no incluya su nombre)

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona: _____

¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar necesita ayuda con las actividades cotidianas (como bañarse, vestirse e ir al baño) o vive en un hogar de ancianos u otro establecimiento médico? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona: _____

Información sobre estudiantes

¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar es estudiante de tiempo completo? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona: _____

Información sobre hogares de acogida

¿Alguno de los integrantes de su grupo familiar alguna vez estuvo en un hogar de acogida? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona:

¿En qué estado/s estuvo/estuvieron el/los solicitante/s en el sistema de hogares de acogida?

¿Este/estos solicitante/s recibía/recibían atención médica a través de Pensilvania (Medicaid)? Sí No

¿A qué edad dejó/dejaron el/los solicitante/s el sistema de hogares de acogida?

Información adicional

Otra cobertura médica

¿Algún solicitante está actualmente inscrito en una cobertura médica que se extenderá más de 60 días a partir de hoy? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona:

En caso afirmativo, ¿qué tipo de cobertura médica tiene el solicitante?

- CHIP
- Cobertura médica COBRA
- Medicaid
- Medicare
- Cuerpo de Paz
- Beneficios médicos para jubilados
- TRICARE
- Programa de asistencia médica del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)
- Otra cobertura médica

Nombre del seguro

Número de póliza

¿Es una cobertura médica de beneficios limitados? Sí No

Ninguna de las opciones anteriores

Conciliación del Crédito Fiscal Anticipado para las Primas

En años anteriores, ¿ha recibido créditos fiscales anticipados para las primas (APTC) como ayuda para reducir su pago mensual de la cobertura médica a través del mercado de seguros médicos, incluido Pennie? Sí No

Durante los años en que recibió los créditos fiscales anticipados para las primas (APTC), ¿presentó una declaración de impuestos y concilió algún APTC que haya utilizado?

NOTA: Para conciliar cualquier APTC recibido durante el año anterior, tendría que haber recibido un formulario 1095-A del mercado de seguros médicos y lo tendría que haber utilizado para presentar el Formulario 8962 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) junto con su declaración de impuestos federales.

Sí No No, porque solo recibí el APTC en el año 2020 cuando la conciliación no era necesaria.

Detalles de la cobertura médica del empleador

¿Se ofrecerá al solicitante cobertura médica a través de un trabajo (incluido el trabajo de otra persona, como el de un cónyuge u otra persona dentro del mismo grupo familiar fiscal)? Sí No

Nombre del empleador

Número de teléfono del empleador

Dirección, línea 1

Dirección, línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

¿Cuál es el monto de la prima para el plan de menor costo disponible para este solicitante que cumple con el estándar de valor mínimo?

Monto total

Frecuencia

Beneficio médico para empleados estatales

¿Se ofrece al solicitante el plan de beneficios de salud para empleados estatales de Pensilvania a través de un trabajo o el trabajo de un miembro de la familia? Sí No

Preguntas adicionales

¿Al solicitante le gustaría recibir ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses? Sí No

¿Alguno de los hijos que figuran en esta solicitud tiene a uno de los padres viviendo fuera del hogar? Sí No

¿Alguno de los solicitantes se encuentra privado de su libertad (en prisión o en la cárcel)? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona:

¿Alguna de las personas privadas de su libertad se encuentra a la espera de la resolución de los cargos? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona:

Información sobre padres/cuidadores:

¿El solicitante principal es la persona principal encargada de los hijos mencionados en la sección Acerca de su grupo familiar? Sí No

Preguntas opcionales

Estas preguntas son opcionales y no es necesario que las responda para solicitar un seguro médico. Si opta por responderlas, Pennie utilizará esa información para comprender mejor las necesidades demográficas y de salud de los residentes de Pensilvania. Esta información también se compartirá con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para lograr una mayor comprensión de las necesidades de salud de la población de los Estados Unidos.

Nombre y apellido del integrante del grupo familiar

¿Es de origen hispano, latino o español? Sí No

Raza (marque todas las opciones que correspondan):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Indoasiático
- Negro o afroamericano
- Chino
- Filipino

- Guameño o chamorro
- Japonés
- Coreano
- Nativo de Hawái
- Otro origen asiático

- Otro isleño del Pacífico
- Samoano
- Vietnamita
- Blanco o caucásico
- Otro
- Prefiero no responder

Nombre y apellido del integrante del grupo familiar

¿Es de origen hispano, latino o español? Sí No

Raza (marque todas las opciones que correspondan):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Indoasiático
- Negro o afroamericano
- Chino
- Filipino

- Guameño o chamorro
- Japonés
- Coreano
- Nativo de Hawái
- Otro origen asiático

- Otro isleño del Pacífico
- Samoano
- Vietnamita
- Blanco o caucásico
- Otro
- Prefiero no responder

Nombre y apellido del integrante del grupo familiar

¿Es de origen hispano, latino o español? Sí No

Raza (marque todas las opciones que correspondan):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Indoasiático
- Negro o afroamericano
- Chino
- Filipino

- Guameño o chamorro
- Japonés
- Coreano
- Nativo de Hawái
- Otro origen asiático

- Otro isleño del Pacífico
- Samoano
- Vietnamita
- Blanco o caucásico
- Otro
- Prefiero no responder

Permisos y firma

Revise la información a continuación y complete los recuadros proporcionados antes de firmar.

Para facilitar la reducción del costo de su seguro médico en los próximos años, puede aceptar que Pennie utilice fuentes informáticas, como el Servicio de Impuestos Internos (IRS), para comprobar sus ingresos. También puede autorizar que Pennie utilice los datos de sus ingresos, incluida la información de sus declaraciones de impuestos, a fin de determinar si es elegible para seguir recibiendo ayuda financiera. Si esas fuentes muestran que aún es elegible para seguir recibiendo ayuda financiera, su cobertura del seguro y ayuda financiera se renovarán por otros 12 meses. Usted entiende que Pennie le enviará un aviso para explicar que se le ha renovado la cobertura médica y le permitirá realizar los cambios necesarios. Ratifica que, si decide no prestar este consentimiento, su seguro se renovará sin la ayuda financiera para el año siguiente. También ratifica que puede interrumpir, cambiar o, de lo contrario, optar por anular la cobertura en cualquier momento.

¿Autoriza a Pennie a usar los datos de sus ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, para los próximos cinco años?

- Sí, permito que Pennie compruebe mi información y la utilice durante el período siguiente:
- 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años (la cantidad máxima de años permitida)
- Acepto que mis datos se obtengan y utilicen para validar la información de mi solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas incluidas en esta solicitud para que su información se obtenga y utilice para validar la información en esta solicitud.
- Entiendo que si alguna de las personas que figuran en mi solicitud se inscribe en un plan de seguro médico de Intercambio y luego se determina que tiene otra cobertura médica que califique (p. ej., Medicare, Medicaid o CHIP), Pennie deberá tomar medidas, incluidas, entre otras, la finalización automática de su plan de seguro médico de Intercambio o la eliminación de sus reducciones de costos compartidos o créditos fiscales anticipados para las primas.
- Entiendo que tengo 30 días para notificar a Pennie sobre cualquier cambio en la información de esta solicitud. Informaré cualquier cambio dentro de este período. Entiendo que los cambios de dirección, cantidad de integrantes, ingresos de mi grupo familiar u otros datos pueden afectar mi elegibilidad o la de mi grupo familiar para obtener beneficios específicos. Entiendo y notificaré a Pennie si cambia alguna información de mi solicitud.
- Al firmar más abajo, presto mi consentimiento para que mi información se comparta con el Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania con el fin de determinar la elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) si mi solicitud se ajusta a criterios específicos para ser potencialmente elegible o si solicito de otro modo una determinación de elegibilidad para Medicaid o CHIP en forma directa.
- Al firmar más abajo, otorgo al Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania, en su calidad de organismo de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), el derecho a buscar y obtener dinero de otro seguro médico, acuerdos legales u otros terceros en caso de que alguna persona incluida en esta solicitud se inscriba en Medicaid o CHIP. También otorgo al Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania, en su calidad de organismo de Medicaid, el derecho a buscar y obtener asistencia médica de un cónyuge o padre.
- Reconozco que si un niño de esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, sé que se me pedirá que coopere con el organismo que recauda pagos de asistencia médica de un padre ausente. Si creo que cooperar para recaudar pagos de asistencia médica será perjudicial para mí o mis hijos, puedo informar al organismo, y es posible que no tenga que cooperar.

Además de solicitar su seguro médico, puede **REGISTRARSE** para votar en el lugar en donde vive actualmente o **ACTUALIZAR** su registro del votante para reflejar una dirección, un nombre o una afiliación a un partido. Si desea registrarse para votar o actualizar su registro actual, visite el siguiente enlace: pennie.com/voterregistration

Tenga en cuenta: Pennie no recopila directamente el registro del votante. Su decisión de registrarse para votar es **voluntaria**. Ni registrarse ni negarse a registrarse para votar afectará de ninguna manera a la disponibilidad o la cantidad de ayuda o servicios que reciba de Pennie.

Además de solicitar su seguro médico, puede **REGISTRARSE** como donante de órganos y tejidos. Si desea registrarse como donante de órganos y tejidos, visite el siguiente enlace: pennie.com/organdonor

Tenga en cuenta: Pennie no recopila directamente la información de los donantes de órganos y tejidos. Su decisión de registrarse o no es voluntaria. Ni registrarse ni negarse a hacerlo afectará de ninguna manera la disponibilidad o la cantidad de ayuda o servicios que reciba de Pennie.

- También doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud era verdadera y correcta a mi leal saber y entender en el momento en que se presentó.
- Al firmar esta solicitud, ratifico la exactitud de la información proporcionada y toda afirmación hecha en el presente documento, bajo pena de perjurio, de conformidad con el Título 28 del U. S. C., § 1749 y con el Título 18 de los Pa. C. S., § 4904. Reconozco que puedo ser objeto de sanciones según la ley federal si proporciono información falsa de manera intencional.

Firma del SOLICITANTE PRINCIPAL

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

 / /

Apéndice: Designación de un representante autorizado

Si alguien lo ayuda a completar su solicitud, puede designar a esa persona como su representante autorizado.

Un representante autorizado es cualquier adulto con suficiente conocimiento de las circunstancias del grupo familiar y que está autorizado por el grupo familiar para actuar en su nombre con fines de elegibilidad. Al designar un representante autorizado, le está otorgando permiso a su representante autorizado permiso para que realice las siguientes acciones:

- Firmar la solicitud en su nombre,
- Actuar en su nombre para todos los asuntos relacionados con la solicitud y la

Nota: Un representante autorizado no está certificado por **Pennie**. No es lo mismo que designar a un agente o asistente que haya completado la Tenga en cuenta capacitación y esté certificado por **Pennie**.

Si desea designar a un representante autorizado debe completar y enviar este formulario. **Su representante autorizado puede ser un abogado, pero no es necesario que lo sea.**

Su representante autorizado puede actuar en su nombre en todos los demás asuntos ante Pennie **hasta que rescinda esta designación (o hasta que caduque)**. **Si alguna vez tiene que cambiar a su representante autorizado, incluso removerlo, contáctese con el centro del Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040.**

Si es un representante autorizado designado legalmente por una persona, presente la constancia con esta solicitud.

Haga una copia para sus registros y envíe el formulario completo por correo postal a: **Pennie, PO Box 2008, Birmingham, AL 35203**

También puede enviar el formulario por fax a una línea segura: **1-866-350-8233**. O bien puede enviar el formulario por correo electrónico a **customeratters@pennie.com**.

Paso 1: Ingrese la información del representante autorizado.

Al designar a un representante autorizado, usted está solicitando que Pennie envíe todas las comunicaciones a su representante.

Nombre del representante autorizado		Segundo nombre		Apellido		Sufijo	
<input type="text"/>							
Dirección de correo electrónico							
<input type="text"/>							
Dirección, línea 1							
<input type="text"/>							
Dirección, línea 2							
<input type="text"/>							
Ciudad		Condado		Estado		Código postal	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Número de teléfono durante el día				Número de teléfono laboral			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la organización (si corresponde)				ID de la organización (si corresponde)			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

Paso 2: Firma del cliente

Al firmar abajo, quien suscribe declara por la presente y bajo pena de perjurio, conforme a 18 Pa.C.S. § 4909, que la información que figura en este formulario es verdadera y correcta según su conocimiento personal y autoriza a la persona nombrada en el paso 1 a actuar como su representante autorizado. Al firmar este formulario, quien suscribe faculta a su representante autorizado para actuar en su nombre con respecto a cualquier parte de su solicitud hasta la rescisión o caducidad de la autorización. Al firmar este formulario, quien suscribe faculta a su representante autorizado para que actúe en su nombre, tal como se especifica más arriba, para lo siguiente:

Hasta: / / Fecha (mm/dd/aaaa)

Hasta que yo, el solicitante, indique que el representante ya no está autorizado a actuar en mi nombre.

Nombre en letra de molde (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Paso 3: Firma del representante autorizado (que no sea un agente certificado, navegador o consejero de solicitud certificado [CAC]) ¹

Al firmar a continuación, quien suscribe acepta actuar como representante autorizado de la persona nombrada en el paso 1. Quien suscribe acepta la responsabilidad de cumplir con todas las obligaciones de un representante autorizado. Además, quien suscribe se compromete a mantener y estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relativa al solicitante o inscrito proporcionada por el intercambio de conformidad con la ley estatal y federal. Al firmar abajo, quien suscribe declara por la presente y bajo pena de perjurio, conforme a 18 Pa.C.S. § 4909, que la información incluida en este formulario es verdadera y correcta según su conocimiento personal y acepta los términos aquí descritos.

Nombre en letra de imprenta (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

¹ Agentes certificados, navegadores y CAC ya han ejecutado un acuerdo de entidad de no intercambio que incluye estos términos y condiciones. Como resultado, no se requiere su firma. Agentes certificados, navegadores y CAC pueden firmar este formulario si eligen hacerlo.

APÉNDICE:

Preguntas sobre eventos de vida calificadoros/periodo de inscripción especial

Preguntas sobre la elegibilidad para el Programa APTC y el plan de seguro médico que califica

Si solicita cobertura médica fuera de un período de inscripción abierta, deberá informar un evento de vida calificador para poder inscribirse en la cobertura médica usando un período de inscripción especial.

Cómo informar un evento de vida calificador

Para poder calificar para un período de inscripción especial, debe actuar inmediatamente después de experimentar el evento de vida. Si hace poco se quedó sin su otra cobertura médica, puede tener hasta 120 días después de la fecha final de su cobertura médica para inscribirse en un plan a través de Pennie. Para todos los demás eventos de vida, tiene hasta 60 días desde la fecha del evento para inscribirse en un plan a través de Pennie.

¿Experimentó alguno de los siguientes eventos de vida calificadoros?

Marque a continuación la casilla que mejor describa el cambio en sus circunstancias e incluya la fecha en la que ocurrió el evento:

- Estado de indígena americano o nativo de Alaska
- Adopción
- Nacimiento
- Cambio a plan del empleador y ahora es elegible para obtener ayuda financiera
- Error: debido a asistente/agente certificado
- Error: debido a intercambio
- Error: visualización del plan o los beneficios
- Circunstancias excepcionales: individual
- Circunstancias excepcionales: desastre natural
- Circunstancias excepcionales: retraso del sistema
- Circunstancias excepcionales: error del sistema
- Incorporación de un dependiente solicitado por un tribunal
- Obtención de estado migratorio elegible
- Reducción de ingresos y ahora tiene nueva elegibilidad para obtener ayuda financiera
- Pérdida de Medicaid/Asistencia Médica (MA) o CHIP
- Pérdida de la cobertura mínima esencial (MEC)
- Pérdida de otra cobertura médica que califique
- Matrimonio
- Nueva elegibilidad para el Plan de reembolso para la salud (HRA) del empleador
- Nuevo residente de Pennsylvania
- Excarcelación
- Sobreviviente de abuso doméstico o abandono conyugal

Fecha del evento ocurrido (o que ocurrirá):

/ / Fecha (mm/dd/aaaa)

¿Qué integrante/s del grupo familiar experimentó/experimentaron el evento de vida calificador como se indicó arriba?

	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Solicitante principal</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 2 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 3 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 4 del grupo familiar</i>				

Incluir integrantes del grupo familiar adicionales en la hoja de papel adjunta.

Responda las preguntas a continuación si experimentó uno de los siguientes eventos de vida calificadoros, dado que deberá proporcionar información adicional con el fin de verificar su elegibilidad para la cobertura médica usando un período de inscripción especial:

- Cambio de dirección dentro de Pensilvania
- Divorcio (quitar a una persona de un plan)
- Obtención de un estado migratorio elegible
- Reducción de ingresos y elegibilidad para obtener ayuda financiera
- Matrimonio
- Nuevo residente de Pennsylvania
- Nueva elegibilidad para el plan de reembolso para la salud (HRA) del empleador

¿Hay alguna persona que esté solicitando cobertura médica por haberse casado?

Sí No (Seleccione esta opción si marcó la casilla 'Matrimonio' arriba)

¿Qué integrantes del grupo familiar están solicitando cobertura médica por haberse casado como se indica arriba?

	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Solicitante principal</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 2 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 3 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 4 del grupo familiar</i>				

¿Al menos un cónyuge indicado arriba tenía cobertura médica que que califique en algún momento dentro de los 60 días anteriores al matrimonio? Sí No

¿Alguien está solicitando cobertura médica en función de una mudanza permanente a Pensilvania proveniente de otro estado, un país extranjero, un territorio estadounidense o dentro de Pensilvania? Sí No

(Seleccione esta opción si marcó 'Nuevo residente de Pensilvania' arriba)

¿Qué integrante/s del grupo familiar está/están solicitando cobertura en función de una mudanza permanente?

	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Solicitante principal</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 2 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 3 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 4 del grupo familiar</i>				

Incluir integrantes del grupo familiar adicionales en la hoja de papel adjunta.

Si se mudó a Pensilvania proveniente de otro estado: indique la ciudad y el estado del que se mudó a continuación:

Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si se mudó a Pensilvania proveniente de otro país o territorio estadounidense: indique el país o territorio del que se mudó a continuación:

País/territorio estadounidense
<input type="text"/>

Si se mudó dentro de Pensilvania: ¿cuál es el condado y el código postal de su dirección anterior?

Condado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Los integrantes del grupo familiar mencionados arriba tenían cobertura médica que califique en algún momento durante los 60 días anteriores a la mudanza? Sí No

¿Alguno de los integrantes del grupo familiar solicita cobertura debido al logro de un estado inmigratorio elegible?

Sí No

(Seleccione esta opción si marcó 'logro de estado inmigratorio elegible')

¿Qué integrantes del grupo familiar solicitan cobertura en función de haber logrado un estado inmigratorio elegible?

	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Solicitante principal</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 2 del grupo familiar</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 3 del grupo familiar</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 4 del grupo familiar</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Incluir integrantes del grupo familiar adicionales en la hoja de papel adjunta.

¿Se está eliminando a algún miembro del grupo familiar de la cobertura médica por divorcio? Sí No

(Seleccione esta opción si marcó la casilla 'divorcio' arriba)

¿A qué integrante/s del grupo familiar se le/les está eliminando de la cobertura médica por divorcio?

	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Solicitante principal</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 2 del grupo familiar</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 3 del grupo familiar</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 4 del grupo familiar</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Incluir integrantes del grupo familiar adicionales en la hoja de papel adjunta.

¿Algún integrante del grupo familiar está solicitando cobertura por tener nueva elegibilidad para la ayuda financiera debido a una reducción en los ingresos? Sí No

(Seleccione esta opción si marcó 'reducción de ingresos, nueva elegibilidad para la ayuda financiera' arriba)

¿Qué integrante/s del grupo familiar experimentó/experimentaron una reducción en los ingresos?

	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Solicitante principal</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 2 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 3 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 4 del grupo familiar</i>				

Incluir integrantes del grupo familiar adicionales en la hoja de papel adjunta.

¿Hay algún integrante del grupo familiar que solicite cobertura por tener nueva elegibilidad para un plan de reembolso para la salud (HRA) del empleador? Sí No

(Seleccione esta opción si marcó 'nueva elegibilidad para un plan de reembolso para la salud (HRA) del empleador' arriba)

¿Qué integrante/s del grupo familiar solicita/n cobertura en función de haber alcanzado la elegibilidad para un HRA?

	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Solicitante principal</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 2 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 3 del grupo familiar</i>				
	Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<i>Integrante n.º 4 del grupo familiar</i>				

Incluir integrantes del grupo familiar adicionales en la hoja de papel adjunta.

Verificación de documentos para eventos de vida calificadoros/período de inscripción especial

Si solicita cobertura médica en función de un evento de vida calificador que requiere verificación adicional, consulte a continuación una lista de documentos que puede incluir en esta solicitud a fin de confirmar su elegibilidad para un período de inscripción especial. (Envíe copias únicamente).

Nuevo residente de Pennsylvania

- Constancia de cobertura médica anterior (proporcione 1 de lo siguiente):
 - Seguro privado
 - Programa de salud del gobierno (asistencia médica [Medicaid], CHIP, Medicare, TRICARE, Asuntos de Veteranos, Cuerpos de Paz)
 - Cobertura médica patrocinada por el empleador, incluida la de COBRA
 - Recibo de sueldo que muestre la deducción para la cobertura médica
 - Seguro comprado a través del mercado de seguros médicos de otro estado
 - Cobertura médica estudiantil
- Constancia de domicilio (proporcione 1 de lo siguiente):
 - Carta de confirmación de USPS de cambio de dirección
 - Documento de hipoteca
 - Contrato de arrendamiento o alquiler
 - Documentación de mudanza desde el exterior de los Estados Unidos con fecha de ingreso
 - Tarjeta de registro de votante con la nueva dirección
 - Seguro de inquilino o propietario de vivienda con la nueva dirección
 - Facturas o estados financieros con la nueva dirección
 - Carta del gobierno con la nueva dirección
 - Tarjeta de referencia de otra persona que confirme su residencia y la de la otra persona

Cambio a plan del empleador y nueva elegibilidad para obtener ayuda financiera

- Proporcione documentación que verifique su oferta de seguro patrocinado por el empleador, donde figure el costo de la cobertura médica, la fecha de vigencia de esa cobertura médica y la fecha del evento.

Divorcio

- Sentencia de divorcio

Reducción de ingresos y elegibilidad para obtener ayuda financiera

- Constancia de ingresos actuales (proporcione 1 de lo siguiente):
 - Declaración de impuestos 1040 estatal o federal
 - Formularios W2 o 1099
 - Recibo de sueldo
 - Documentación de empleo independiente
 - Carta de Beneficios del Seguro Social
- Constancia de cobertura médica anterior (proporcione 1 de lo siguiente):
 - Seguro privado
 - Programa de salud del gobierno (asistencia médica [Medicaid], CHIP, Medicare, TRICARE, Asuntos de Veteranos, Cuerpos de Paz)
 - Cobertura médica patrocinada por el empleador, incluida la de COBRA
 - Recibo de sueldo que muestre la deducción para la cobertura médica
 - Seguro comprado a través del mercado de seguros médicos de otro estado
 - Cobertura médica estudiantil

Matrimonio

- Certificado o licencia de matrimonio
- Declaración jurada de matrimonio o declaración jurada firmada y fechada de respaldo expedida por el oficiante o testigo oficial
- Documento religioso que demuestre quién se casó y la fecha del matrimonio
- Documento público oficial que demuestre quién se casó y la fecha del matrimonio

Nueva elegibilidad para el plan de reembolso para la salud (HRA) del empleador

- Proporcione el aviso del empleador que verifique su oferta de seguro patrocinado por el empleador, donde figure el costo de la cobertura médica, la fecha de vigencia de esa cobertura médica y la fecha del evento.