pennie™
connecting Pennsylvanians to health coverage

# Solicitud de cobertura médica y asistencia financiera

*Haga la solicitud más rápido en línea en enroll.pennie.com*

## Use esta solicitud a fin de consultar para qué cobertura califica

- Planes de seguro médico privados accesibles que ofrecen una cobertura integral para ayudarlo a mantenerse sano.
- Un crédito fiscal que puede ayudar a pagar de inmediato sus primas de la cobertura médica.
- Cobertura gratuita o de bajo costo de Medicaid (Asistencia médica) o Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP).
- Ciertos niveles de ingresos pueden calificar para programas gratuitos o de bajo costo.

## ¿Quién puede usar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para cualquier persona de su hogar.
- Presente la solicitud incluso si usted, su cónyuge o su hijo tienen cobertura médica. Puede ser elegible para una cobertura gratuita o de menor costo.
- Los hogares que incluyen a inmigrantes elegibles pueden solicitarla. Puede solicitar la cobertura para su hijo incluso si usted no es elegible para recibirla.
- Si alguien le ayuda a completar esta solicitud, es posible que tenga que completar el anexo adjunto.

## Qué puede necesitar para hacer la solicitud

- Su número de Seguro Social (o número de documento si es un inmigrante elegible).
- Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros del hogar (por ejemplo, de los 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 relacionado con el trabajo disponible para su hogar.

## ¿Por qué solicitamos esta información?

Preguntamos sobre los ingresos y otra información para informarle sobre la cobertura para la que califica y si puede obtener ayuda para pagarla. Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y segura, según lo exige la ley. Para ver la Política de privacidad, visite pennie.com/policies.

## ¿Qué ocurre luego?

Envíe la solicitud firmada completa a:

**Pennie**
**PO BOX 2008**
**Birmingham, AL 35203**

Si no tiene toda la información que le solicitamos, firme y envíe su solicitud de todos modos. Nos contactaremos con usted en el plazo de 1 a 2 semanas, y es posible que reciba una llamada de Pennie si necesitamos más información. Recibirá una carta de determinación de elegibilidad por correo después de que se procese su solicitud. Completar esta solicitud no significa que deba comprar una cobertura médica.

## Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** pennie.com
- **Teléfono:** Llame al Servicio de atención al cliente de Pennie al 1-844-844-8040. TTY 711.
- **Personalmente**: Puede que haya asistentes certificados por Pennie en su área que puedan 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 un idioma que no sea inglés, llame al 1-844-844-8040 e indíquele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le brindaremos ayuda sin costo alguno.

**Tiene derecho a obtener la información de este producto en un formato alternativo.** Asimismo, 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 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 contra la discriminación.

***Privacidad de la información***
*La privacidad de su información es nuestra principal prioridad. Mantendremos su información con carácter privado, según lo exigen las leyes federales y estatales. Las respuestas en este formulario solo se utilizarán para determinar la elegibilidad para la cobertura médica. Verificaremos las respuestas usando la información de nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de los organismos federales y estatales. Si la información no coincide, podemos solicitarle que nos envíe documentación adicional. No haremos ninguna pregunta sobre sus antecedentes médicos. Si tiene preguntas sobre una solicitud de información o sospecha que la solicitud no es nuestra, contáctese con nuestro centro de llamadas.*

*Importante:*
*Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar su información de la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, el Servicio de Impuestos Internos (IRS), un organismo de información al consumidor u otros servicios disponibles a través del Centro Federal de Servicios de Datos. Necesitamos esta información para comprobar su capacidad para inscribirse en la cobertura. Además, podemos volver a verificar su información con posterioridad para asegurarnos de que esté actualizada. Si volvemos a verificar su información, le notificaremos si descubrimos que algo ha cambiado.*

Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul

## Nombre del contacto principal

| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Fecha de nacimiento**

/ /

## Domicilio del contacto principal

☐

**Dirección 1**

**Dirección 2**

**Ciudad** **Estado** **Código postal**

## Dirección postal del contacto principal

☐ *Marcar si es igual al Domicilio del contacto principal*

**Dirección 1**

**Dirección 2**

**Ciudad** **Estado** **Código postal**

## Información del contacto principal

**Dirección de correo electrónico**

**Número de celular**

- -

**Número de teléfono**

- -

**Número de teléfono**

- - x

☐ *Al marcar este casillero, presto mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto. Comprendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y los cargos de mi proveedor de servicios de telefonía.*

*Su número de teléfono nos ayuda a mantener su cuenta segura. Su número de teléfono puede ser utilizado para entregar un código de seguridad a fin de verificar su identidad en ciertas circunstancias especiales. Proporcione un número donde se lo pueda localizar si necesitamos información adicional, o si necesitamos contactarlo acerca de su inscripción.*

**Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul**

*Método preferido de comunicación:*

☐ *Olvide los papeles (especifique correo electrónico)*

☐ *Correo postal*

*¿Cómo desea recibir el formulario 1095-A?*

☐ *Olvide los papeles (especifique correo electrónico)*

☐ *Correo postal*

## Idioma preferido para las comunicaciones

**Idioma hablado preferido** ☐ *Inglés* ☐ *Español* ☐ *Otro:*

**Idioma escrito preferido** ☐ *Inglés* ☐ *Español* ☐ *otro*

**Método preferido de comunicación** ☐ *Inglés* ☐ *Español* ☐ *Otro*

Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul

**El solicitante principal es la persona principal que solicita el seguro y quien debe responder primero a todas las preguntas personales de las páginas 3 a 5. Utilice las páginas siguientes para responder a las preguntas de otros miembros de la familia.**

## 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 miembros del hogar.**

**Solicitante principal**

| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo |
|---|---|---|---|
| | | | |

Fecha de nacimiento / / Sexo

### Número de Seguro Social

Proporcione el Número de Seguro Social del solicitante (SSN), si lo tiene. Si no se proporciona el SSN, el solicitante deberá presentar documentación adicional al final de la solicitud, y puede correr el riesgo de perder la elegibilidad para la cobertura. Proporcionar un SSN puede ayudar a verificar su elegibilidad para inscribirse en la cobertura. Si el solicitante no tiene un SSN, visite www.ssa.gov/ssnumber para solicitarlo. Si esta persona no tiene un Número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y vea la sección a continuación para proporcionar más información.

*¿El nombre que proporcionó es el mismo que se indica en la tarjeta del Seguro Social de esta persona?* ☐ *Sí* ☐ *No*

**En caso negativo, introduzca el nombre que aparece en la tarjeta del Seguro Social.**

**Si no hay un Número de Seguro Social disponible, seleccione una de las siguientes explicaciones:**

*¿Es el solicitante un ciudadano estadounidense o* ☐ *Sí* ☐ *No*

*¿Es el solicitante un ciudadano* ☐ *Sí* ☐ *No*

*Si el solicitante no es ciudadano estadounidense ni tiene nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible?* ☐ *Sí* ☐ *No*

**Tipo de documento de inmigración** **Tipo de estado (Opcional)**

**Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración.**

**Registro de extranjería o Número I-94** **Número de tarjeta de residencia permanente o pasaporte**

**Identificación del Sistema de Información de Estudiante y Visitante** **Otro (código de categoría o país de emisión)**

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

- ☐ *Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)*
- ☐ *Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados*
- ☐ *Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)*
- ☐ *Inmigrante de Cuba/Haití*
- ☐ *Residente de Samoa Americana*
- ☐ *Cónyuge, menor o padres maltratados en virtud de la Ley sobre la violencia contra la mujer*
- ☐ *Documento que indica que es miembro de una tribu india federalmente reconocida o un Indio nativo americano nacido en Canadá*
- ☐ *Documento que indica suspensión de repatriación*
- ☐ *Ninguna de estas opciones*

*¿El solicitante ha tenido la residencia principal en Estados desde 1996?* ☐ *Sí* ☐ *No*

## Ayuda para el pago de la cobertura

*¿Desea averiguar si puede obtener ayuda para pagar la cobertura* ☐ *Sí* ☐ *No*

**Si indica que no desea ayuda para pagar la cobertura, no tendrá que proporcionar información financiera y puede omitir la sección de Información sobre ingresos. Sin embargo, no se lo tendrá en cuenta para los subsidios que podrían reducir el costo del seguro médico. Estará solicitando un seguro de costo total.**

## Información sobre ingresos

**Complete la información sobre ingresos de cada persona indicada en la solicitud. Solicitamos información actualizada de todos los miembros de la familia y el hogar, para asegurarnos de que reciba la mayor cantidad de beneficios posibles. Antes de comenzar, tómese un momento para reunir la información que aparece a continuación. Es posible que necesite:**

- **Recibos de sueldo**
- **Formularios W-2**

*Nota: No es necesaria la información sobre ingresos que surjan de la manutención de los hijos, los pagos a veteranos o el seguro de ingreso suplementario*

**¿De cuál miembro de la familia o el hogar surge la siguiente información sobre ingresos?**

| *Tipos de ingresos* | | |
|---|---|---|
| ☐ *Trabajo* | **Monto** | **Frecuencia** |
| | **Nombre del empleador** | |
| ☐ *Pensión* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Alquiler o regalía* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Pensión* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *alimenticia Beca* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Trabajo por cuenta* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *propia Beneficios de la* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *seguridad social* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Trabajo agrícola o* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *pesquero Inversión* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Retiro Ganancias* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *de capital* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Desempleo* | **Monto** | **Frecuencia** |

*¿Alguna parte de su ingreso surge de estas fuentes?*

- ☐ *Pagos per cápita de la tribu que surgen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías.*
- ☐ *Pagos de recursos naturales, actividad agrícola, ganadera o pesquera, alquileres o regalías de terrenos designados como tierra indígena por el Departamento del Interior (lo que incluye reservas indígenas y antiguas reservas indígenas).*
- ☐ *Montos obtenidos por ventas de artículos que tienen importancia cultural.*

**Información sobre ingresos previstos**

*Según la información que tiene en la actualidad, ¿qué ingresos cree que tendrá en 2021? Si no lo sabe, no importa; solo haga la mejor estimación posible.*

**Monto total anual**

## Deducciones

*Al informarnos sobre lo que puede deducirse en una declaración de impuestos sobre la renta, se podría reducir el costo del seguro médico. ¿El solicitante paga alguna de estas deducciones?*

- ☐ *Pensión alimenticia* $_____
- ☐ *Interés de préstamo estudiantil* $_____
- ☐ *Otras deducciones:* $_____

## Sobre el hogar

**En esta sección, solicitaremos información más detallada sobre todos los miembros del hogar. Si hay más de dos solicitantes 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 a estas preguntas personales, y después usar las páginas subsiguientes para responder a las preguntas sobre cada miembro de la familia adicional.**

### Miembro de la familia

| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Fecha de nacimiento** / /

**Sexo**

**¿Cuál es la relación de esta persona con el Solicitante principal?**

- ☐ *Cuñado o cuñada*
- ☐ *Hijos (hijo o hija)*
- ☐ *Tutor designado por tribunal o conviviente*
- ☐ *Pareja de hecho*
- ☐ *Primo/a hermano/a*
- ☐ *Excónyuge*
- ☐ *Nieto/a*
- ☐ *Abuelo/a*
- ☐ *Suegra o suegro*
- ☐ *vínculo Sobrio o sobrina*
- ☐ *Padres (madre o padre)*
- ☐ *Hermanos (hermano o hermana)*
- ☐ *Yerno o nuera*
- ☐ *Cónyuge*
- ☐ *Hijastro/a*
- ☐ *Padrastro/Madrastra*
- ☐ *Tío o tía*
- ☐ *Pupilo/a*
- ☐ *Sin*

*¿Esta persona vive en un domicilio que no sea aquel del Solicitante principal?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*En caso negativo, proporcione la dirección a continuación:*

**Dirección 1**

**Dirección 2**

**Ciudad** **Estado** **Código postal**

### Número de seguro social

**Proporcione el Número de Seguro Social del solicitante (SSN), si lo tiene. Si no se proporciona el SSN, el solicitante deberá presentar documentación adicional al final de la solicitud, y puede correr el riesgo de perder la elegibilidad para la cobertura. Proporcionar un SSN puede ayudar a verificar su elegibilidad para inscribirse en la cobertura. Si el solicitante no tiene un SSN, visite www.ssa.gov/ssnumber para solicitarlo. Si esta persona no tiene un Número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y vea la**

*¿El nombre que proporcionó es el mismo que se indica en la tarjeta del Seguro Social de esta persona?* ☐ *Sí* ☐ *No*

Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul

**Si no hay un Número de Seguro Social disponible, seleccione una de las siguientes explicaciones:**

*¿Es el solicitante un ciudadano estadounidense o tiene nacionalidad estadounidense?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*¿Es el solicitante un ciudadano naturalizado?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*Si el solicitante no es ciudadano estadounidense ni tiene nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible?* ☐ *Sí* ☐ *No*

**Tipo de documento de inmigración**

**Tipo de estado (Opcional)**

**Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración.**

**Registro de extranjería o Número I-94 extranjero**

**Número de tarjeta de residencia permanente o pasaporte**

**Identificación del (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 que correspondan)*

- ☐ *Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)*
- ☐ *Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados*
- ☐ *Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)*
- ☐ *Inmigrante de Cuba/Haití*
- ☐ *Residente de Samoa Americana*
- ☐ *Cónyuge, menor o padres maltratados en virtud de la Ley sobre la violencia contra la mujer*
- ☐ *Documento que indica que es miembro de una tribu india federalmente reconocida o un Indio nativo americano nacido en Canadá*
- ☐ *Documento que indica suspensión de repatriación*
- ☐ *Ninguna de estas opciones*

*¿El solicitante ha tenido la residencia principal en Estados Unidos desde 1996?* ☐ *Sí* ☐ *No*

## Ayuda para el pago de la cobertura

*¿Desea averiguar si puede obtener ayuda para pagar la cobertura médica?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*Si indica que no desea ayuda para pagar la cobertura, no tendrá que proporcionar información financiera y puede omitir la sección de Información sobre ingresos. Sin embargo, no se lo tendrá en cuenta para los subsidios que podrían reducir el costo del seguro médico. Estará solicitando un seguro de costo total.*

## Información sobre ingresos

**Complete la información sobre ingresos de cada persona indicada en la solicitud. Solicitamos información actualizada de todos los miembros de la familia y el hogar, para asegurarnos de que reciba la mayor cantidad de beneficios posibles. Antes de comenzar, tómese un momento para reunir la información que aparece a continuación. Es posible que necesite:**

- **Recibos de sueldo**
- **Formularios W-2**

*Nota: No es necesaria la información sobre ingresos que surjan de la manutención de los hijos, los pagos a veteranos o el seguro de ingreso suplementario.*

**¿De cuál miembro de la familia o el hogar surge la siguiente información sobre**

*Tipos de ingresos*

| | | |
|---|---|---|
| ☐ *Trabajo* | **Monto** | **Frecuencia** |
| | **Nombre del empleador** | |
| ☐ *Pensión* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Alquiler o regalía* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Pensión alimenticia* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Beca* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Trabajo por cuenta* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Beneficios de seguro social* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Trabajo agrícola o pesquero* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Inversión* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Retiro* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Ganancias de capital* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Desempleo* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Otros ingresos* | **Monto** | **Frecuencia** |

*¿Alguna parte de su ingreso surge de estas fuentes?*

☐ *Pagos per cápita de la tribu que surgen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías.*
☐ *Pagos de recursos naturales, actividad agrícola, ganadera o pesquera, alquileres o regalías de terrenos designados como tierra indígena por el Departamento del Interior (lo que incluye reservas indígenas y antiguas reservas indígenas).*
☐ *Montos obtenidos por ventas de artículos que tienen importancia cultural.*

**Información sobre ingresos previstos**

*Según la información que tiene en la actualidad, ¿qué ingresos cree que tendrá en 2021? Si no lo sabe, no importa; solo haga la mejor estimación posible.*

## Deducciones

*Al informarnos sobre lo que puede deducirse en una declaración de impuestos sobre la renta, se podría reducir el costo del seguro médico. ¿El solicitante paga alguna de estas deducciones?*

☐ *Pensión alimenticia* $_____

☐ *Interés de préstamo estudiantil* $_____

☐ *Otras deducciones:* $_____

## Sobre el hogar

**En esta sección, solicitaremos información más detallada sobre todos los miembros del hogar. Si hay más de dos solicitantes 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 a estas preguntas personales, y después usar las páginas subsiguientes para responder a las preguntas sobre cada miembro de la familia adicional**

### Miembro de la familia

| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Fecha de nacimiento** / /

**Sexo**

**¿Cuál es la relación de esta persona con el Solicitante principal?**

- ☐ *Cuñado o cuñada*
- ☐ *Hijos (hijo o hija)*
- ☐ *Tutor designado por tribunal o conviviente*
- ☐ *Pareja de hecho*
- ☐ *Primo/a hermano/a*
- ☐ *Excónyuge*
- ☐ *Nieto/a*
- ☐ *Abuelo/a*
- ☐ *Suegra o suegro*
- ☐ *vínculo Sobrio o sobrina*
- ☐ *Padres (madre o padre)*
- ☐ *Hermanos (hermano o hermana)*
- ☐ *Yerno o nuera*
- ☐ *Cónyuge*
- ☐ *Hijastro/a*
- ☐ *Padrastro/Madrastra*
- ☐ *Tío o tía*
- ☐ *Pupilo/a*
- ☐ *Sin*

*¿Esta persona vive en un domicilio que no sea aquel del Solicitante principal?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*En caso negativo, proporcione la dirección a continuación:*

**Dirección 1**

**Dirección 2**

**Ciudad** **Estado** **Código postal**

### Número de seguro social

**Proporcione el Número de Seguro Social del solicitante (SSN), si lo tiene. Si no se proporciona el SSN, el solicitante deberá presentar documentación adicional al final de la solicitud, y puede correr el riesgo de perder la elegibilidad para la cobertura. Proporcionar un SSN puede ayudar a verificar su elegibilidad para inscribirse en la cobertura. Si el solicitante no tiene un SSN, visite www.ssa.gov/ssnumber para solicitarlo. Si esta persona no tiene un Número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y vea la sección a continuación para proporcionar más información.**

*¿El nombre que proporcionó es el mismo que se indica en la tarjeta del Seguro Social de esta persona?* ☐ *Sí* ☐ *No*

Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul

**Si no hay un Número de Seguro Social disponible, seleccione una de las siguientes explicaciones:**

*¿Es el solicitante un ciudadano estadounidense o tiene nacionalidad estadounidense?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*¿Es el solicitante un ciudadano naturalizado?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*Si el solicitante no es ciudadano estadounidense ni tiene nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible?* ☐ *Sí* ☐ *No*

**Tipo de documento de inmigración**

**Tipo de estado (Opcional)**

**Escriba su nombre como aparece en su documento de inmigración.**

**Registro de extranjería o Número I-94 extranjero**

**Número de tarjeta de residencia permanente o pasaporte**

**Identificación del (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 que correspondan)*

- ☐ *Certificación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)*
- ☐ *Certificado de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados*
- ☐ *Carta de elegibilidad de la Oficina de Reasentamiento de Refugiados (ORR) (si es menor de 18)*
- ☐ *Inmigrante de Cuba/Haití*
- ☐ *Residente de Samoa Americana*
- ☐ *Cónyuge, menor o padres maltratados en virtud de la Ley sobre la violencia contra la mujer*
- ☐ *Documento que indica que es miembro de una tribu india federalmente reconocida o un Indio nativo americano nacido en Canadá*
- ☐ *Documento que indica suspensión de repatriación*
- ☐ *Ninguna de estas opciones*

*¿El solicitante ha tenido la residencia principal en Estados Unidos desde 1996?* ☐ *Sí* ☐ *No*

## Ayuda para el pago de la cobertura

*¿Desea averiguar si puede obtener ayuda para pagar la cobertura* ☐ *Sí* ☐ *No*

*Si indica que no desea ayuda para pagar la cobertura, no tendrá que proporcionar información financiera y puede omitir la sección de Información sobre ingresos. Sin embargo, no se lo tendrá en cuenta para los subsidios que podrían reducir el costo del seguro médico. Estará solicitando un seguro de costo total.*

## Información sobre ingresos

**Complete la información sobre ingresos de cada persona indicada en la solicitud. Solicitamos información actualizada de todos los miembros de la familia y el hogar, para asegurarnos de que reciba la mayor cantidad de beneficios posibles. Antes de comenzar, tómese un momento para reunir la información que aparece a continuación. Es posible que necesite:**

- **Recibos de sueldo**
- **Formularios W-2**

*Nota: No es necesaria la información sobre ingresos que surjan de la manutención de los hijos, los pagos a veteranos o el seguro de ingreso suplementario.*

**¿De cuál miembro de la familia o el hogar surge la siguiente información sobre**

*Tipos de ingresos*

| | | |
|---|---|---|
| ☐ *Trabajo* | **Monto** | **Frecuencia** |
| | **Nombre del empleador** | |
| ☐ *Pensión* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Alquiler o regalía* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Pensión alimenticia* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Beca* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Trabajo por cuenta* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Beneficios de seguro social* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Trabajo agrícola o pesquero* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Inversión* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Retiro* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Ganancias de capital* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Desempleo* | **Monto** | **Frecuencia** |
| ☐ *Otros ingresos* | **Monto** | **Frecuencia** |

*¿Alguna parte de su ingreso surge de estas fuentes?*

☐ *Pagos per cápita de la tribu que surgen de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías.*
☐ *Pagos de recursos naturales, actividad agrícola, ganadera o pesquera, alquileres o regalías de terrenos designados como tierra indígena por el Departamento del Interior (lo que incluye reservas indígenas y antiguas reservas indígenas).*
☐ *Montos obtenidos por ventas de artículos que tienen importancia cultural.*

**Información sobre ingresos previstos**

*Según la información que tiene en la actualidad, ¿qué ingresos cree que tendrá en 2021? Si no lo sabe, no importa; solo haga la mejor estimación posible.*

## Deducciones

*Al informarnos sobre lo que puede deducirse en una declaración de impuestos sobre la renta, se podría reducir el costo del seguro médico. ¿El solicitante paga alguna de estas deducciones?*

☐ *Pensión alimenticia* $_____

☐ *Interés de préstamo estudiantil* $_____

☐ *Otras deducciones:* $_____

Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul

# Información sobre el hogar

**Servicio militar**

*¿Alguno de los miembros de su hogar es un veterano retirado con honores o un miembro activo del ejército?* ☐*Sí* ☐*No*

*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:*_____

**Información fiscal**

*¿Quién planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta para 2020?* _____

*(Si está casado/a): ¿Planea presentar una declaración conjunta de impuestos federales sobre la renta para 2020?* _____

*Indique cuál de los declarantes de impuestos debe ser considerado el solicitante principal de esta solicitud (si presenta una declaración conjunta, este es el Declarante principal de impuestos)*

_____

*¿Quiénes son los dependientes que serán indicados por el declarante de impuestos en su declaración de impuestos sobre la renta?*

_____

**Indio nativo americano/nativo de Alaska**

*¿Alguno de los miembros de su hogar es indio nativo americano/nativo de Alaska? Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:*_____ ☐*Sí* ☐*No*

**Estado**_____ **Nombre de la tribu**_____

*¿La tribu está federalmente reconocida?* ☐*Sí* ☐*No*

*¿Es el solicitante elegible para obtener servicios médicos del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano,*

*o a través de la derivación de uno de estos programas?* ☐*Sí* ☐*No*

*¿El solicitante recibió alguna vez un servicio médico del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de la derivación de uno de estos programas?* ☐*Sí* ☐*No*

**Información de Medicaid/CHIP**

*¿Alguien en esta solicitud no fue elegible para Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) en los últimos 90 días?* ☐*Sí* ☐*No*

*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:* _____

*¿Cuándo se le denegó al solicitante la cobertura de Medicaid o CHIP?* _____

*¿Se determinó que el solicitante no era elegible para Medicaid o CHIP según su estado de inmigración durante los últimos cinco años, incluido el año en curso?* ☐*Sí* ☐*No*

*¿Ha tenido el solicitante un cambio en su estado de inmigración durante los últimos cinco años, incluido el año en curso?* ☐*Sí* ☐*No*

*¿Ha tenido el solicitante un cambio en su estado de inmigración desde que se halló que no era elegible para Medicaid o CHIP?* ☐*Sí* ☐*No*

**Información sobre el embarazo**

*¿Algún miembro de su hogar está o estuvo embarazada en los últimos 60 días?* ☐*Sí* ☐*No*

*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:* _____

*¿Cuántos bebés se esperan en este embarazo?* _____

**Información sobre discapacidad**

*¿Algún miembro de su hogar tiene una discapacidad física o un trastorno mental que limita su capacidad para trabajar, asistir a la escuela o cuidar de sus necesidades diarias?* ☐*Sí* ☐*No*

*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:* _____

*¿Algún miembro de su hogar necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse, vestirse y usar el baño), o vive en un hogar de ancianos u otra instalación médica?* ☐*Sí* ☐*No*

*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:* _____

**Información del estudiante**

*¿Algún miembro de su hogar es estudiante de tiempo completo?* ☐*Sí* ☐*No*

*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:* _____

**Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul**

**Información sobre cuidado temporal**

*¿Algún miembro de su hogar estuvo alguna vez bajo cuidado temporal?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:* _____

*¿En qué estado(s) estaba(n) este(os) solicitante(s) en el sistema de cuidado temporal?* _____

*¿Estaba(n) este(os) solicitante(s) recibiendo atención médica a través de Medicaid?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*¿Cuántos años tenía(n) el/los solicitante(s) cuando salió(ieron) del sistema de cuidado temporal?* _____

## Información adicional

**Otra cobertura**

*¿Hay algún solicitante que esté actualmente inscripto en una cobertura médica que se extenderá más de 60 días a partir de hoy? Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:* ☐ *Sí* ☐ *No*

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

**No marque el casillero de Medicaid si uno de estos se aplica a su cobertura: 1) Su cobertura solo paga por beneficios limitados, como servicios de planificación familiar, servicios de emergencia, servicios hospitalarios ambulatorios o tratamiento de la tuberculosis. 2) Su cobertura de Medicaid no paga los servicios de hospitalización.*

- ☐ *CHIP*
- ☐ *Cobertura de COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria)*
- ☐ *Medicaid **
- ☐ *Medicare*
- ☐ *Cuerpo de Paz*
- ☐ *Beneficios de salud para retirados*
- ☐ *TRICARE*
- ☐ *Programa de atención médica del Departamento de*
- ☐ *Asuntos de Veteranos (VA) Cobertura Marketplace*
- ☐ *Otra cobertura*

*Nombre del seguro (Opcional)* _____

*Número de póliza (Opcional)* _____

*¿Se trata de una cobertura de beneficios limitada?* ☐ *Sí* ☐ *No*

**Conciliación de créditos fiscales anticipados para primas**

*Por cada año que recibió un crédito fiscal para primas, ¿presentó una declaración de impuestos y concilió algún crédito fiscal para primas que usó?*
*NOTA: Marque "Sí" solo si TODO lo siguiente se aplica a usted:*

- *Usó créditos fiscales anticipados para primas en uno o más años anteriores para reducir los costos de la cobertura Marketplace.*
- *Presentó una declaración de impuestos federales sobre la renta cada uno de estos años.*
- *El/los declarante(s) de impuestos presentó(aron) el Formulario 8962 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) con la declaración de impuestos.*

☐ *Sí* ☐ *No*

**Detalles de la cobertura del empleador**

*¿Se ofrecerá al solicitante una cobertura médica a través de un trabajo (incluido el trabajo de otra persona, como un cónyuge o un padre)?* ☐ *Sí* ☐ *No*

| **Nombre del empleador** | **Número de teléfono del empleador** |
|---|---|
| | |

*Infórmenos sobre las ofertas de cobertura que se aplican a ellos.*

*¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos tres meses? En caso afirmativo, indique el costo para el solicitante del seguro ofrecido patrocinado por el empleador.*

☐ *Sí:* _____ ☐ *No*

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

**Preguntas adicionales**

*¿Desea ayuda el solicitante para pagar las facturas médicas de los últimos tres meses?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*¿Hay algún solicitante encarcelado (en prisión o en la cárcel)?* ☐ *Sí* ☐ *No*
*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:*_____

*¿Hay alguna persona encarcelada que esté esperando la disposición de sus cargos?* ☐ *Sí* ☐ *No*
*Si la respuesta es afirmativa, proporcione el nombre de la persona:*_____

## Preguntas opcionales

*Estas preguntas son opcionales y no es necesario que las responda para solicitar el seguro médico. Si decide contestarlas, Pennie usará esta información para comprender mejor la demografía y las necesidades médicas de los residentes de Pensilvania. Esta información también se compartirá con el Departamento de Salud y Servicios Humanos para respaldar una mayor comprensión de las necesidades médicas de toda la población de los Estados Unidos.*

**Etnia hispana/latina** ☐ *Sí* ☐ *No*

**Raza (marque todas las que correspondan):**

☐ *Indio nativo americano o nativo de Alaska*
☐ *Indoasiático*
☐ *Negro o afroamericano*
☐ *Chino*
☐ *Filipino*
☐ *Guameño o chamorro*
☐ *Japonés*
☐ *Coreano*
☐ *Hawaiano nativo*
☐ *Otro asiático*_____
*Otro isleño del Pacífico* _____
*Vietnamita*
*Blanco o caucásico*
*Otro*_____

**Estado civil**

*¿El solicitante está casado?* ☐ *Sí* ☐ *No*

*¿Quién es el cónyuge del solicitante?*

☐ *Una persona ya mencionada en la solicitud* _____

☐ *Otra persona que no está solicitando cobertura médica*_____

**Información de los padres/cuidador**

*¿Es el solicitante la persona principal que cuida a alguno de los menores mencionados en la sección "Sobre el hogar"?* ☐ *Si* ☐ *No*

# Preguntas sobre el período de inscripción especial/ evento de vida calificado

## *Preguntas sobre la elegibilidad para el Programa APTC y el Plan de Salud calificado*

### Si está solicitando cobertura médica fuera de un Período de inscripción abierta, deberá informar un evento de vida que califique para ser elegible para inscribirse en la cobertura mediante un Período de inscripción especial.

**Si ha experimentado un cambio de circunstancias, como agregar un dependiente o perder cobertura médica dentro de los 60 días, o en algunos casos, si experimentará dicho evento dentro de los próximos 60 días, puede calificar para inscribirse en la cobertura mediante un Período de inscripción especial.**

## ¿Ha experimentado alguno de los siguientes eventos de vida que califican?

*Marque la casilla que mejor describa su cambio de circunstancias e incluya la fecha en la que ocurrió el evento:*

- ☐ *Período de inscripción de COVID-19 2021*
- ☐ *Estado de indígena americano/nativo de Alaska*
- ☐ *Adopción*
- ☐ *Nacimiento*
- ☐ *Cambio de dirección dentro de Pennsylvania*
- ☐ *Muerte de un dependiente*
- ☐ *Muerte del asegurado*
- ☐ *Divorcio*
- ☐ *Error – Plan o beneficio mostrado*
- ☐ *Error – Violación del plan médico*
- ☐ *Error – Debido a intercambio*
- ☐ *Error – Debido a Asistente/Intermediario*
- ☐ *Circunstancias excepcionales – Individual*
- ☐ *Circunstancias excepcionales – Error del sistema*
- ☐ *Adición de un dependiente ordenado por un tribunal*
- ☐ *Obtención de estado de inmigración elegible*
- ☐ *Reducción de ingresos, elegibilidad reciente para ayuda financiera*
- ☐ *Pérdida de cobertura esencial mínima*
- ☐ *Pérdida de otra cobertura que califica*
- ☐ *Matrimonio*
- ☐ *Nuevo residente de Pennsylvania*
- ☐ *Elegibilidad reciente para Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) del empleador*
- ☐ *Liberado de prisión*
- ☐ *Sobreviviente de abuso doméstico o abandono del cónyuge*

**Fecha en que ocurrió el evento (o que ocurrirá):**

/ / **Fecha (dd/mm/aaaa)**

## ¿Qué miembros del hogar experimentaron el evento de vida que califica, según lo indicado anteriormente?

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante principal* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

*Si hay miembros del hogar adicionales, inclúyalos en una hoja de papel adjunta.*

## Enumere todos los miembros del hogar para quienes solicita cobertura.

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante principal* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

*Si hay miembros del hogar adicionales, inclúyalos en una hoja de papel adjunta.*

## Responda las siguientes preguntas si experimentó uno de los siguientes eventos de vida que califican, ya que deberá brindar información adicional para verificar la elegibilidad para cobertura mediante un Período de inscripción especial:

- Cambio de dirección dentro de Pennsylvania
- Divorcio (eliminar a alguien de un plan)
- Obtención de estado de inmigración elegible
- Reducción de ingresos, y obtención de elegibilidad para asistencia financiera
- Matrimonio
- Nuevo residente de Pennsylvania
- Elegibilidad reciente para Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) del empleador

**¿Alguna persona está solicitando cobertura debido a un matrimonio?** ☐ *Sí* ☐ *No*

*(Seleccionar si marcó la casilla 'matrimonio' arriba)*

***¿Qué miembros del hogar están solicitando cobertura debido a un matrimonio, según lo enumerado anteriormente?***

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

***¿Alguno de los cónyuges enumerados arriba tuvo cobertura médica que califica en cualquier momento dentro de los 60 días antes del matrimonio?*** *Sí* ☐ *No* ☐

**¿Alguna persona está solicitando cobertura por una mudanza permanente a Pennsylvania desde otro estado, un país extranjero, un territorio de los Estados Unidos o dentro de Pennsylvania?** ☐ *Sí* ☐ *No*

*(Seleccionar si marcó la opción 'Cambio de dirección dentro de Pennsylvania' o 'Nuevo residente de Pennsylvania' arriba)*

***¿Qué miembros del hogar están presentando la solicitud en virtud de una mudanza permanente?***

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante principal* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

***Si hay miembros del hogar adicionales, inclúyalos en una hoja de papel adjunta.***

***Si se mudó a Pennsylvania desde otro estado: indique la ciudad y estado desde el cual se mudó a continuación:***

Estado

***Si se mudó a Pennsylvania desde otro país o territorio de los Estados Unidos: indique el país o el territorio desde el cual se mudó a continuación:***

País/Territorio de los Estados Unidos

***Si se mudó dentro de Pennsylvania: ¿cuál es el condado y el código postal de su dirección previa?***

Código postal

***¿Los miembros del hogar enumerados arriba tuvieron cobertura médica que califica en cualquier momento dentro de los 60*** ☐ *Sí* ☐ *No*

**¿Alguna persona en el hogar está presentando la solicitud debido a la obtención de un estado de inmigración elegible?** ☐ *Sí* ☐ *No*

*(Seleccionar si marcó 'Obtención de un estado de inmigración elegible')*

***¿Qué miembros del hogar están presentando una solicitud por obtención de un estado de inmigración elegible?***

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante principal* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

***Si hay miembros del hogar adicionales, inclúyalos en una hoja de papel adjunta.***

**¿Alguno de los miembros del hogar está siendo eliminado de la cobertura por divorcio?** ☐ *Sí* ☐ *No*

*(Seleccionar si marcó la casilla 'Divorcio' arriba)*

***¿Qué miembro del hogar está siendo eliminado de la cobertura por divorcio?***

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

***Si hay miembros del hogar adicionales, inclúyalos en una hoja de papel adjunta.***

**¿Alguno de los miembros del hogar está presentado la solicitud por ser elegible para asistencia financiera debido a una reducción en sus ingresos?** ☐ *Sí* ☐ *No*

*(Seleccionar si marcó 'Reducción de ingresos, elegibilidad reciente para asistencia financiera' arriba)*

***¿Qué miembros del hogar experimentaron una reducción en sus ingresos?***

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

***Si hay miembros del hogar adicionales, inclúyalos en una hoja de papel adjunta.***

**¿Algún miembro del hogar está presentando una solicitud por elegibilidad reciente para Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) del empleador?** ☐ **Sí** ☐ **No**

*(Seleccionar si marcó 'Elegibilidad reciente para Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) del empleador' arriba)*

***¿Qué miembros del hogar están presentando una solicitud por elegibilidad reciente para una HRA?***

| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---|---|---|---|
| *Solicitante* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 2* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 3* | | | |
| | Primer nombre | Segundo nombre | Apellido |
| *Miembro del hogar Nº 4* | | | |

***Si hay miembros del hogar adicionales, inclúyalos en una hoja de papel***

# Documentos para verificación de período de inscripción especial/ evento de vida calificado

## Si usted está presentado una solicitud de cobertura según un evento de vida que califica que requiere verificación adicional, consulte a continuación una lista de documentos que puede incluir con esta solicitud para confirmar su elegibilidad para un período de inscripción especial. (Presentar copias únicamente).

**Cambio de dirección dentro de Pennsylvania/Nuevo residente de Pennsylvania**

- Copia del título y registro del pago de hipoteca más reciente (si la hipoteca está pagada totalmente, debe presentar una copia de la factura del impuesto a la propiedad del año más reciente)
- Copia del contrato de alquiler y registro del pago más reciente del alquiler
- Documento de hipoteca que contenga la dirección de residencia principal
- Registros de guarderías o jardines (si la escuela es privada, es posible que se necesite documentación adicional)
- Factura de servicios actual u orden de trabajo con fecha dentro de los últimos 60 días
- Declaración de un albergue para desamparados
- Registros escolares (si la escuela es privada, es posible que se necesite documentación adicional)
- Acuerdo de sección 8
- Página de declaración del seguro del propietario
- Prueba de inscripción de un dependiente en custodia en una escuela pública

**Cambio al plan del empleador, reciente elegibilidad para asistencia financiera**

- Herramienta de Cobertura del empleador (PDF) y una carta de presentación firmada por el empleador
- "Carta u otra documentación de un empleador u otra documentación con esta información:
  - Declaración de que el empleador no le ofrece actualmente cobertura a usted (o su familia).
  - Declaración de que el empleador no brinda cobertura que sea cobertura médica que califica.
  - Declaración que demuestre el costo de su parte de la prima para el plan individual de más bajo costo que cumpla con el estándar de valor mínimo (considerando los incentivos de bienestar), si se ofrecen.
- Carta del seguro médico que contenga la confirmación de la cobertura de salud y las fechas de vencimiento para cobertura recibida fuera del mercado.

**Divorcio**

- Decreto de divorcio

**Reducción de ingresos, elegibilidad reciente para asistencia financiera**

- Talones de pago que muestren la información del empleado, la fecha o período de pago y el monto bruto de pago, para las 4 semanas previas a la fecha colocada en su notificación.
- Declaración de impuestos estatal o federal 1040 del año previo si representa el ingreso declarado.
- Declaración de impuestos y honorarios (W-2 o 1099, incluido 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099SS, 1099INT) que muestren nombre y apellido, monto del ingreso, año y nombre del empleador (si corresponde).
- Una declaración de ingresos firmada por su empleador que muestre nombre y apellido, información de contacto de la empresa e información de pago bruto, firmada por el empleador y fechada.

NOTA: Si usted tiene un trabajo estacional, cualquiera de los documentos previos debería incluir información sobre la duración de su empleo.

- Documentación del libro contable de trabajo autónomo que muestre nombre y apellido, nombre de la empresa y monto del ingreso. Si presenta un libro contable de trabajo autónomo, incluya las fechas que cubre el libro y el ingreso neto de ganancias/pérdidas (puede ser un Apéndice C, una declaración de ganancias y pérdidas del trimestre más reciente o de un año a la fecha, o un libro contable de trabajo autónomo).
- 1040 SE con Apéndices C, F, o SE (para ingreso por trabajo autónomo)
- 1065 apéndice K1 con Apéndice E
- Declaración de impuestos
- Registros contables
- Recibos de todos los gastos autorizados
- Fichas de control firmadas y recibo de nómina, si tiene empleados
- Declaración de ganancias y pérdidas del trimestre más reciente o de un año a la fecha
- Carta/certificado de otorgamiento con fecha dentro del último año
- Declaración de beneficios anual
- Correspondencia de la Administración de Seguro Social con su estado de otorgamiento (denegado, monto otorgado, pendiente)
- Declaración de beneficios mensuales del Departamento de Trabajo de PA
- Copia de la tarjeta de pago directo con declaración
- Carta del Departamento de Trabajo de PA con la razón para la denegación
- Declaración de impuestos presentada si representa el ingreso por rentas declarado
- Certificado de ingresos por agricultura
- Pensión alimenticia recibida: monto de la pensión alimenticia ordenada por un tribunal o declaración firmada de la persona que paga la pensión con monto y frecuencia.
- Declaración de renta vitalicia
- Declaración bancaria o fondo de inversión
- Carta de ajuste del costo de vida y otras notificaciones de verificación de beneficios
- Ingresos agrícolas (Ver prueba aceptable del "Ingreso por trabajo autónomo" enumerado anteriormente)
- Ingresos obtenidos en el extranjero (Ver prueba aceptable de "Ingreso laboral" enumerado anteriormente)
- Ingreso por juego: Formulario W-2G

- Declaración de ingresos de intereses y dividendos
- Carta, depósito u otra prueba de pagos de compensación diferida
- Carta, depósito u otra prueba de pago por reembolso comercial o de negocios
- Informe de préstamo que muestre los fondos del préstamo
- Declaración de ganancias y licencia por servicio militar
- Talón de pago que indique licencia por enfermedad
- Talón de pago que indique pago por sustituto/asistente
- Talón de pago que indique pago por vacaciones
- Premios, acuerdos y asignaciones, incluida carta de asignación ordenada por un tribunal
- Prueba de pagos de bonos/incentivos
- Pruebas de donaciones y contribuciones
- Prueba de herencias en efectivo o propiedades
- Prueba de valores residuales
- Prueba de indemnización por despido
- Prueba de subsidio por huelga y otros beneficios de sindicatos
- Ingresos por alquileres, inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos: cheques por rentas o recibos de pago de rentas, alquiler actual, carta firmada por un inquilino con monto de alquiler mensual, cheques por regalías o registros financieros de pagos de fideicomisos
- Declaración de ingresos por regalías o 1099-MISC
- Recibos de ventas u otra prueba de dinero recibido de una venta, intercambio o reemplazo de cosas que le pertenecen
- Declaración de distribución de pensión de cualquier gobierno o fuente privada
- Carta de indemnización laboral

### Matrimonio

- Acta de matrimonio
- Licencia de matrimonio
- Registro público oficial del matrimonio
- Declaración jurada de matrimonio o declaración jurada de soporte que esté firmada y fechada por la persona que ofició el matrimonio o el testigo oficial del matrimonio
- Documento religioso.

### Elegibilidad reciente para Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) del empleador

- Notificación de su empleador que demuestre cuándo puede comenzar su cobertura individual HRA o QSEHRA.

**Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul**

## Permisos y firma

*Revise la información que figura a continuación y complete los casilleros correspondientes antes de firmar.*

Para facilitar la determinación de su elegibilidad a fin de recibir ayuda para pagar la cobertura en el futuro, puede aceptar que Pennie utilice datos de ingresos actualizados, incluida la información de las declaraciones de impuestos. Pennie enviará una notificación y le permitirá hacer cualquier cambio. Pennie verificará para asegurarse de que aún es elegible y es posible que le solicite que confirme que su ingreso aún califica. Puede retirarse en cualquier momento.

¿Está de acuerdo en permitir que Pennie use los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, durante los próximos cinco años?

☐ *Sí, permito que Pennie use los datos de ingresos, incluida la información de las declaraciones de impuestos, durante los próximos cinco años.*

☐ *No, no utilice mis datos impositivos para renovar mi elegibilidad a fin de recibir ayuda para pagar la cobertura médica (seleccionar esta opción puede afectar su capacidad de obtener ayuda para pagar la cobertura al momento de la renovación).*

**Si seleccionó "No", la elegibilidad para los créditos fiscales anticipados para primas o las reducciones de costos compartidos pueden verse afectadas. ¿Hasta qué punto nos permite acceder a sus datos impositivos en el futuro?**

☐ *1 año*

☐ *2 años*

☐ *3 años*

☐ *4 años*

☐ *5 años*

**Si prefiere que no utilicemos ningún dato impositivo, acepta que esto hará que no sea elegible para los créditos fiscales anticipados para primas o las reducciones de costos compartidos para ayudar a reducir el costo de su cobertura.**

*Al firmar a continuación, comprendo que, si una persona indicada en mi solicitud se inscribe en un plan médico de Marketplace y, con posterioridad, se descubre que tiene otra cobertura médica que califica (que incluye Medicare, Medicaid o CHIP), Pennie deberá tomar medidas, que incluyen, a título enunciativo, extinguir automáticamente su plan médico de Marketplace o eliminar sus créditos fiscales anticipados para primas o reducciones de costos compartidos.*

*Al firmar a continuación, presto mi consentimiento para que mi información sea compartida con el Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania con el fin de hacer una determinación de elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP), si mi solicitud cumple con los criterios específicos para ser potencialmente elegible, o si solicito de otra manera una determinación de Medicaid o CHIP en forma directa. Al firmar con mi nombre en el casillero a continuación, otorgo al Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania, como el organismo de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP), el derecho a solicitar y obtener cualquier monto de otro seguro médico, acuerdos legales u otros terceros, en caso de que una persona mencionada en esta solicitud se inscriba en Medicaid o CHIP. Le otorgo al Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania, como el organismo de Medicaid, el derecho a solicitar y obtener apoyo médico de un cónyuge o padre. Acepto que si un menor mencionado en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, soy consciente de que se me solicitará que coopere con el organismo que obtiene el apoyo médico de un padre ausente. Si creo que cooperar para cobrar el apoyo médico me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo informárselo al organismo, y es posible que no tenga que cooperar.*

*Al firmar a continuación, comprendo que tengo 30 días para notificar a Pennie de cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud. Informaré cualquier cambio dentro de este plazo. Comprendo que los cambios en el tamaño de mi hogar, la dirección, los ingresos u otros detalles podrían afectar mi elegibilidad o la de mi hogar para recibir beneficios específicos. Comprendo y notificaré a Pennie si la información de mi solicitud cambia. Asimismo, certifico que la información proporcionada en esta solicitud, en el momento en que fue presentada, era verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Al firmar con mi nombre en el casillero a continuación, suscribo esta solicitud y afirmo la exactitud de la información proporcionada y de cualquier declaración, bajo pena de falso testimonio, de acuerdo con el Título 28 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) § 1749 y el Título 18 de los Estatutos Consolidados de Pensilvania (Pa.C.S.) § 4904. Acepto que puedo estar sujeto a sanciones conforme a la ley federal y estatal si proporciono información falsa intencionalmente.*

**Firma del SOLICITANTE PRINCIPAL** **Fecha de suscripción (dd/mm/aaaa)**

**Anexo: Designación de un representante autorizado**

**Completar en letra de imprenta con tinta negra o azul**

*Tiene derecho a elegir un representante autorizado para que lo ayude. Esta es una persona de confianza que tiene su permiso para hablar sobre su solicitud con Pennie, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su solicitud, lo que incluye la recepción de información personal y la suscripción de documentos en su nombre. 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.*

*Tenga en cuenta lo siguiente: Su representante autorizado podrá firmar la solicitud como si fuera usted, enviar actualizaciones y responder a las nuevas determinaciones de elegibilidad en su nombre, así como recibir copias de las notificaciones y otras comunicaciones de Pennie. Además, su representante autorizado puede actuar en su nombre en todos los demás asuntos ante Pennie hasta que usted rescinda esta designación (o esta venza). Si alguna vez necesita cambiar de representante autorizado, lo que incluye retirarlo, comuníquese con el centro de atención al cliente de Pennie al 1-844-844-8040.*

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

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

*Además, puede enviar el formulario por fax a una línea de fax segura: 1-866-350-8233. O puede enviar el formulario por correo electrónico a customermatters@pennie.com.*

## Paso 1: Ingrese información para el cliente que designa un representante.

**Primer nombre** **Segundo nombre** **Apellido** **Sufijo**

**Fecha de nacimiento** / /

**Dirección de correo electrónico**

**Dirección postal**

**Número de apartamento o suite**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**

**N.° de cuenta de Pennie (si tiene una)**

## Paso 2: Introduzca la información del representante autorizado.

*Al designar un representante autorizado, solicita que Pennie envíe todas las comunicaciones a su representante.*

**Primer nombre** **Segundo nombre** **Apellido** **Sufijo del Representante autorizado**

**Fecha de nacimiento** / /

**Dirección de correo electrónico**

**Dirección postal**

**Número de apartamento o suite**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**

**Número de teléfono de contacto durante el día**

- -

**Nombre de la organización (si corresponde)**

**Cargo (si corresponde)**

## Paso 3: Firma del cliente

*Al firmar a continuación, el abajo firmante declara bajo pena de falso testimonio, de acuerdo con el Título 18 Pa.C.S. § 4909, que la información antes indicada en este formulario es verdadera y correcta según su conocimiento personal, y que, por medio de la presente, permite a la persona nombrada en el Paso 2 actuar como su representante autorizado. Al firmar este formulario, el abajo firmante faculta a su representante autorizado a actuar en su nombre con respecto a cualquier parte de su solicitud, hasta que la autorización sea rescindida o venza.*

☐ **Hasta** / / **Fecha**

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

**Nombre en letra de imprenta (Primero, Segundo, Apellido)**

**Firma**

**Fecha**

/ /

## Paso 4: Firma del Representante autorizado (que no sean agentes, asesores o consejeros de solicitudes certificados [CAC])[1]

*Al firmar a continuación, el abajo firmante acepta actuar en calidad de representante autorizado de la persona nombrada en el Paso 1. Asimismo, el abajo firmante acepta ser responsable de cumplir con todos los deberes de un representante autorizado. Además, acepta mantener y estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o la persona inscripta proporcionada mediante el intercambio, de conformidad con la ley federal y estatal. Al firmar a continuación, el abajo firmante declara bajo pena de falso testimonio, de acuerdo con el Título 18 Pa.C.S.*
*§ 4909, que la información indicada en este formulario es verdadera y correcta según su conocimiento personal, y que está de acuerdo con los términos establecidos en el presente.*

**Nombre en letra de imprenta (Primero, Segundo, Apellido)**

**Firma**

**Fecha**

/ /

*[1] Los agentes, asesores y CAC ya han suscrito un acuerdo de Entidades que no intercambian información, que incluye estos términos y condiciones. Por consiguiente, no se requiere su firma. Los agentes, asesores y CAC pueden firmar este formulario si así lo desean.*