



Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos - Hojas adicionales para otros familiares

Escriba en letras mayúsculas de molde usando solo tinta negra o azul oscuro. Marque las casillas () así .

Use estas hojas si tiene más de 2 personas en su familia que solicitan TennCare, CoverKids o un Programa de Ahorros de Medicare, como QMB/SLMB. Antes de comenzar, haga copias de estas hojas para cada persona adicional en su familia.

PASO 1: Persona 1 Esta es la persona que usted anotó como la PERSONA 1 en su Solicitud.

La PERSONA 1 es el Jefe de Familia Solicitud.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr., III)
2. Número de Seguro Social			
____ - ____ - _____			

PASO 2: Díganos sobre las otras personas que viven con usted.

Complete el Paso 2 para cada persona adicional en su familia.

Si hay más personas en su familia, deberá hacer una copia de las hojas y adjuntarlas. O bien, puede imprimirlas desde nuestro sitio web en www.tn.gov/tenncare.

No tiene que proporcionar el estado de inmigración o un número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no quieren cobertura de seguro médico. Mantendremos privada y segura toda la información que usted nos proporcione, como lo dispone la ley. Usaremos información personal sólo para ver si califica para cobertura de seguro médico.

Cuando nos envíe su Solicitud y estas hojas, no olvide los comprobantes de ingresos. Esto podría ser cosas como talonarios de cheque de paga o estados de cuenta bancarios. Tener este comprobante puede ayudarnos a decidir más rápido si puede tener cobertura con nosotros.



PASO 2: Otro miembro de la familia **Díganos sobre los otros familiares.**

Complete el Paso 2 para otros miembros de la familia que viven con usted. Esto incluye a cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales (si presenta una). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde seguir agregando a los miembros de la familia que vivan con usted.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr., III)
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	4. Relación con la Persona 1

5. **Número de Seguro Social (SSN)** ___ - ___ - ____ Si no, ¿en qué fecha esta persona lo solicitó? _____
Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) si esta persona quiere cobertura de seguro médico y tiene un SSN o puede obtener uno. Usamos el SSN para comprobar ingresos y otra información para ver quién califica para ayuda con los pagos de la cobertura de seguro médico. Si esta persona necesita ayuda para obtener un SSN, visite socialsecurity.gov, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. O llame gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

6. ¿Esta persona está solicitando cobertura de seguro médico con nosotros? Sí No
Si no, por favor, conteste las preguntas 13, 22, 40-52, y 53-55.

7. **Si es hispano/latinoamericano (Marque todo lo que corresponda).**

- Mexicano Mexicano americano Chicano Puertorriqueño Cubano
 Otra: _____ Prefiere no contestar

8. **Raza (Marque todo lo que corresponda.)**

- Blanco Japonés Asiático, otro Otra: _____
 Negro o afroamericano Coreano Nativo de Hawái Prefiere no contestar
 Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska Indio asiático Guameño o chamorro Samoano
 Filipino Vietnamita De otra isla del Pacífico

9. ¿Alguna vez esta persona fue conocida por algún otro nombre?

Nombre: _____ Inicial: _____ **Si sí:** Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., III): _____

10. Si es aprobado para TennCare Medicaid o CoverKids, hay tres planes de seguro médico de los que puede elegir. Trataremos de inscribirlo en el plan que usted elija. Si no elige uno ahora, nosotros escogeremos. Por lo general, los miembros de la familia se inscriben en el mismo plan. Elija el mismo plan de seguro médico para cada persona en esta Solicitud.

Yo quiero que mi plan de seguro médico sea: Wellpoint BlueCare Tennessee UnitedHealthcare Community Plan

Para averiguar más sobre estos planes de seguro médico y cómo comunicarse con ellos, visite www.tn.gov/tenncare/members-applicants/managed-care-organization.

11. ¿Esta persona es residente de Tennessee? Sí No

12. ¿Está viviendo esta persona fuera del estado temporalmente? Sí No

Si sí, ¿esta persona planea regresar a Tennessee? Sí No

Fecha en que esta persona planea regresar a Tennessee: _____ (mm/dd/aaaa)

13. Si esta persona es menor de 22 años, ¿cuál es su estado de matriculación escolar? **Sáltese esta pregunta si esta persona tiene 22 años o más de edad.**

Ninguno Menos de 6 horas/semana 6 o 7 horas/semana 8 a 11 horas/semana 12 o más horas/semana (tiempo completo)

14. ¿Esta persona es **ciudadano estadounidense** o de **nacionalidad estadounidense**? Sí No **Si sí**, sáltese 16-17.

15. ¿Esta persona es ciudadano naturalizado o derivado? Sí No **Si sí**, conteste a. y b.

a. Número de extranjero: _____

b. Número de certificado: _____

16. Esta persona no tiene que contestar esta pregunta de inmigración. Pero si no lo hace, puede limitar el tipo de cobertura para la que puede calificar. La solicitud no afectará su estatus migratorio ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.

Si esta persona no es ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible? **SÍ** **NO**

a. ¿Cuál es su estatus de inmigración? _____

¿En qué fecha obtuvo este estado? _____

Complete abajo el tipo de documento y el número de identificación de esta persona. Tipo de documento:

Número de extranjero Número I-94 Número de tarjeta Número de pasaporte

SEVIS ID No. de Certificado de Naturalización No. de Certificado de Ciudadanía No. de Visa

Otros: _____

Número de ID: _____

b. ¿Antes tenía esta persona un estatus migratorio diferente? Sí No

c. ¿Ha vivido esta persona en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

17. ¿Esta persona o el cónyuge o uno de los padres de esta persona, es un veterano o un miembro del servicio activo del ejército estadounidense? Sí No

18. Si esta persona es indio nativo estadounidense o nativo de Alaska conteste las preguntas 19-21. Sí No **Si no**, sáltese 19-21.

19. ¿Esta persona es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si sí, ¿cómo se llama la tribu? _____

20. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

21. ¿Esta persona califica para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10Jun24

PASO 2: Otro miembro de la familia **Continúe con el otro miembro de la familia.**

22. ¿Presentará esta persona una declaración de impuestos federal en el próximo periodo de declaración de impuestos? *Esta persona puede solicitar cobertura aunque no presente una declaración de impuestos federal.*
- Sí.** Si sí, conteste las preguntas a – d. **No.** Si no, sáltese a la pregunta d.
- a. ¿Presentará esta persona conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Si sí, escriba el nombre de su cónyuge: _____
 ¿Esta persona vive fuera del hogar? Sí No
- b. ¿Reclamará esta persona algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- c. ¿Alguno de los dependientes de esta persona vive fuera de su hogar? Sí No
Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- d. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si sí, escriba el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es la relación entre la esta persona y el contribuyente?

-
23. ¿Vive esta persona por lo menos con un niño menor de 18 años (o el niño tiene 18 años y es estudiante de tiempo completo)? Y, ¿esta persona es la persona principal que cuida a este niño? Sí No
Si sí, ¿de quién? _____ ¿Cuál es su relación con él o ella? _____
-
24. ¿Esta persona está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí No
Si sí, ¿cuántos bebés está/estaba esperando en este embarazo? _____
 ¿Sigue embarazada? Sí No
Si sí, ¿cuál es su fecha de parto prevista? (Está bien decimos una fecha aproximada si no sabe con seguridad) _____ (mm/dd/aaaa)
Si no, ¿cuándo terminó su embarazo? _____ (mm/dd/aaaa)
 ¿Tiene otros embarazos de los últimos 12 meses que quiera reportar? Sí No
Si sí, ¿cuántos bebés está/estaba esperando en este embarazo? _____
 ¿Cuándo terminó ese embarazo? _____ (mm/dd/aaaa)
-
25. ¿Tiene esta persona menos de 19 años o está embarazada y recibió algún servicio médico en los últimos 3 meses? Sí No
Si sí, ¿cuál fue la fecha del servicio? _____ (mm/dd/aaaa)
-
26. ¿Esta persona está inscrita o tiene derecho a inscribirse en Medicare Parte A o B? Sí No
-
27. ¿Esta persona ha sufrido un problema de salud de emergencia y necesita ayuda para pagar esos servicios de emergencia? Sí No
-
28. ¿Estuvo esta persona en cuidada de crianza (foster) a los años o más y recibía Medicaid?
 Sí No
-
29. ¿Esta persona es menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero? Sí No
-
30. ¿Está esta persona en lugar médico ahora (como un hospital) y ha estado allí por lo menos 30 días? O, ¿está en instalación médico (como un hospital) ahora y estará allí por lo menos 30 días? Sí No
(Opcional) Si sí, ¿en qué fecha entró al lugar médico? _____ (mm/dd/aaaa)
(Opcional) Díganos el nombre de lugar médico donde está: _____
(Opcional) Díganos el nombre y número de teléfono del doctor: _____
-
31. ¿Vive la persona en un centro médico o casa de convalecencia? Sí No
Si sí, ¿cómo se llama el centro o la casa de convalecencia? _____
-
32. ¿La persona necesita cuidados paliativos (hospicio)? Sí No
-
33. ¿Califica esta persona para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en el hogar? Sí No
(Opcional) ¿Y si esta persona piensa que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Llame a la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) al 1-866-836-6678. De todas maneras esta persona debe completar esta solicitud, pero ellos pueden ayudarle.
-
34. ¿Tiene esta persona una discapacidad intelectual o del desarrollo y quiere recibir atención en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales ICF/IID? Sí No
-
35. ¿Tiene esta persona una discapacidad intelectual o del desarrollo y quiere recibir Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y participar en Employment and Community First CHOICES? Sí No
 ¿Y si esta persona piensa que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Entonces debe completar un referido en línea en: <https://perlss.tennarecare.tn.gov/externalreferral>.
Recuerde, no puede usar esta solicitud de papel para solicitar Katie Beckett. Debe presentar una solicitud en línea en <https://tenncareconnect.tn.gov>.
-
36. ¿Tiene esta persona Medicare y quiere tener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare como QMB o SLMB? Sí No
 Quizás lo conozca como Plan de Ahorros de Medicare o MSP.
-
37. ¿Recibió esta persona Seguridad de Ingreso Suplementario, o beneficios de SSI, en el pasado pero ahora no? Sí No
Si sí, ¿cuándo terminó eso? _____
-
38. ¿Esta persona tiene gastos para cosas que le ayuden a trabajar porque es ciega o discapacitada? Sí No
-
39. Si esta persona es menor de 22 años de edad y ¿trabaja tiempo completo esta persona? Sí No

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10Jun24



PASO 2: Otro miembro de la familia Información actual de empleo e ingresos

Información sobre el trabajo actual y los ingresos.

- Empleo:** Si esta persona está empleada actualmente, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 40. **Desempleado:** Sáltese a la pregunta 50. **Empleo por cuenta propia:** Sáltese a la pregunta 52.

Trabajo actual 1:

40. Nombre del empleador		
a. Dirección del empleador		
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal
41. Número de teléfono del patrón (____)____-____		
42. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	43. ¿Cada cuándo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez	44. Promedio de horas trabajadas en cada período de paga. (Responda solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 43.)

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

45. Nombre del empleador		
a. Dirección del empleador		
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal
46. Número de teléfono del patrón (____)____-____		
47. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	48. ¿Cada cuándo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez	49. Promedio de horas trabajadas en cada período de paga. (Responda solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 48.)

50. Otros ingresos que esta persona recibe este mes: Marque todo lo que corresponda, y proporcione la cantidad y la frecuencia con que esta persona la recibe.

Nota: No necesita informarnos sobre Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para esta persona.

- Ninguno Ing. netos agric./pesca \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Seguro Social \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Ing. netos de alq./regalías \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Si marcó la casilla de Seguro Social, debe responder pregunta 53 a continuación. Ingresos de lotería \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Comp. por desempleo \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Pensión alimenticia \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Fecha de la orden de pensión alimenticia: _____
- Trabajador del censo \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Otros ingresos \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Tipo: _____

Ingresos tribales (cierto dinero recibido no se puede contar para Medicaid o CoverKids). Indique todos los ingresos tribales (cantidad y frecuencia) que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías:
 - Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
 - Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural
- \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

51. En los últimos 12 meses (1 año), ¿ha recibido esta persona una suma de dinero como pago atrasado del Seguro Social o un premio de lotería?

Yes No

- a. Si sí, ¿cuánto dinero recibió esta persona? \$ _____
- b. ¿Cuándo recibió esta persona esta suma? _____
- c. ¿De dónde provino? _____

52. Si esta persona trabaja por cuenta propia, conteste las preguntas a-c.

- a. ¿A qué se dedica esta persona? _____
- b. ¿Qué tipo de trabajo por cuenta propia hace esta persona? _____
- c. ¿Cuánto serán los ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) de esta persona por su trabajo por cuenta propia este mes? \$ _____

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al 1-855-259-0701. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 10Jun24



PASO 2: Otro miembro de la familia Continúe diciéndonos acerca del otro miembro de la familia.

(Responda la pregunta 53 solo si marcó la casilla de Seguro Social en la pregunta 50 arriba.)

53. ¿Alguien aparte de uno de sus padres (si esta persona es menor de 18 años de edad) o su cónyuge le ayuda a esta persona a pagar su comida o su vivienda cada mes? (La vivienda incluye gastos tales como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura o impuestos a la propiedad).

Sí No **Si sí, conteste las preguntas a-g.**

a. ¿Alguien que ayuda a pagar esto vive con esta persona? Sí No

b. ¿Con qué le ayuda a pagar a esta persona? _____

c. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ _____

d. ¿Cuánto paga esta persona? \$ _____

e. ¿Cuánto paga la otra persona? \$ _____

f. ¿Número de personas en el hogar? _____

g. ¿Todas las personas que viven con esta persona reciben algún tipo de asistencia pública? (La asistencia pública incluye Families First, SSI, Ayuda en Caso de Desastres y Emergencias (Disaster Relief and Emergency Assistance), pensión de la Administración de Veteranos (VA), Socorro y Asistencia de la VA, la Ley de Refugiados de 1980. También incluye la ayuda que esta persona recibe de los gobiernos estatales o locales para pagar cosas como vivienda, facturas de servicios públicos o teléfonos). Sí No

54. ¿Esta persona tiene deducciones antes de impuestos? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad que la persona paga cada mes. Si no, sátese a la pregunta 55.

Seguro médico \$ _____ por mes Compensación diferida \$ _____ por mes

Seguro dental \$ _____ por mes Primas de seguros de vida antes de impuestos \$ _____ por mes

Seguro para atención de la vista \$ _____ por mes Otra deducción \$ _____ por mes

Cuenta de gastos flexibles (planes de seguro médico y para dependientes) \$ _____ por mes Tipo: _____

55. ¿Esta persona tiene gastos que se pueden deducir en una declaración de impuestos? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda. Escriba la cantidad que paga esa persona cada mes. Si no, sátese esta pregunta.

Pensión alimenticia pagada \$ _____ por mes Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ por mes
Fecha de la orden de pensión alimenticia _____

Intereses de préstamos estudiantiles pagados \$ _____ por mes Gasto de mudanza militar \$ _____ Total

Matrícula y cuotas \$ _____ por mes Otra deducción \$ _____ por mes

Gastos de educador \$ _____ por mes Tipo: _____

Gastos de negocio \$ _____ por mes

Parte deducible del trabajo por cuenta propia \$ _____ por mes

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre los Otros Miembros de su Familia!
Después de que termine de informarnos sobre cada persona de su familia, envíe estas hojas con el resto de su Solicitud.

