



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
PERSONA ADICIONAL PARA MO HEALTHNET



Representate del hogar: _____ DCN/SSN del representate del hogar: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Domicilio: _____
Dirección postal: _____

Llene este formulario con la información de toda persona que añada a su caso, que pueden ser su cónyuge o pareja, los hijos que viven con usted o cualquier otra persona que incluya en su declaración fiscal federal, en caso de que la presente. Incluso si no presenta una declaración de impuestos, debe incluir a los familiares que viven con usted. Para que un adulto acceda al Grupo de Expansión de Adultos, los menores a su cargo que vivan en el mismo hogar deben reunir los requisitos de MO HealthNet o recibir otra Cobertura Esencial Mínima.

1. Nombre legal (Nombres, Apellidos, Tratamiento [Sr., Sra., etc.])	2. (OPCIONAL) Estado civil: Soltero (nunca casado) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Otro	3. Parentesco con usted:
4. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	6. (OPCIONAL) ¿Esta persona es un veterano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

7. ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? Sí No **Si elige 'No'**, escriba la dirección: _____

8. Número de Seguro Social (SSN) _____ **Requerimos el de cada individuo que desee cobertura médica y tenga SSN.**
Si la persona no tiene un número de SSN, ¿ya lo ha solicitado? Sí No. **Si elige 'No'**, indique el motivo: _____

9. ¿Qué idioma prefiere esta persona (en caso de no ser inglés)?	10. ¿Cuán bien habla inglés esta persona? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla <input type="checkbox"/> Prefiere no responder
--	--

11. Marque si esta persona es miembro de una comunidad indígena de EE. UU. o Alaska. Es posible que requiramos información adicional.

12. Marque si la persona necesita ayuda para pagar facturas médicas de los 3 meses anteriores a esta solicitud. Podríamos requiramos información adicional.

13. **¿Esta persona anticipa presentar la declaración federal de la renta EL PRÓXIMO AÑO?** (La persona puede solicitar el seguro médico aunque no presente una declaración federal de la renta) **Sí.** Si elige 'Sí', responda las preguntas a, b y c. **No.** Si elige 'No', pase a la pregunta c.
a. ¿La persona presentará la declaración conjuntamente con un cónyuge? Sí No. Si elige 'Sí', nombre el cónyuge: _____
b. ¿La persona declarará dependientes en su declaración fiscal? Sí No. Si elige 'Sí', nombre los dependientes: _____
c. ¿La persona será declarada como dependiente en la declaración fiscal de otra persona? Sí No
Si elige 'Sí', indique el nombre del declarante fiscal: _____

14. **¿Esta persona necesita cobertura médica?** (Incluso si tiene un seguro, quizás haya un programa más económico o con una mejor cobertura).
 Sí. Si elige 'Sí', conteste las siguientes preguntas. **NO.** Si elige 'No', VAYA a la pregunta 27.

15. Si es hispano o latino, seleccione su origen étnico. (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda).
 Mexicano Estadounidense de origen mexicano Chicano Puertorriqueño Cubano Otro: _____

16. Raza. (OPCIONAL; marque todo lo que corresponda).
 Blanco Indígena americano o de Alaska Filipino Otro asiático: _____ Samoano
 Negro o afroamericano Indoasiático Japonés Coreano Nativo de Hawái De otras islas del Pacífico: _____
 Chino Vietnamita Guameño o chamorro Otro: _____

17. ¿Esta persona es ciudadana de los EE.UU. o estadounidense naturalizado? Sí No

18. ¿Esta persona es naturalizada estadounidense o tiene la ciudadanía derivada? (Ambos términos significan que nació fuera de EE.UU.) Sí No
Número de extranjero: _____ Número de certificado: _____

19. Marque si esta persona no tiene la ciudadanía natural ni adquirida de EE. UU., pero tiene estatus legal de inmigrante. Brinde la siguiente información:

Fecha de inicio del estatus de inmigrante: _____ Proporcione el tipo de documento y número de ID a continuación.
a. Tipo de documento de inmigración _____ Número de ID del documento _____
b. ¿La persona ha vivido en EE.UU. desde 1996? Sí No
c. ¿Esta persona o su cónyuge o padre son veteranos o miembros en funciones de las Fuerzas Armadas de EE.UU.? Sí No
d. Si esta persona ha estado menos de 5 años en EE. UU., indique su estatus migratorio (refugiado, asilado, etc.): _____

20. Marque si la persona está embarazada o lo estuvo recientemente. Proporcione la siguiente información:
¿Cuántos bebés espera en este embarazo? _____ ¿Cuál es la fecha prevista del alumbramiento de esta persona? _____
Si la persona estuvo embarazada recientemente, ¿cuál fue la fecha del alumbramiento? _____

21. Marque si esta persona vive con, por lo menos, un menor de menos de 19 años y es la persona principal a cargo del mismo.

22. Marque si esta persona es estudiante de tiempo completo de *high school*, educación vocacional equivalente o está en capacitación técnica.
Tipo de escuela (*high school*, universidad, etc.): _____

23. Marque si esta persona estuvo bajo cuidado tutelar a la edad de 18 años o más. ¿En qué estado estuvo bajo cuidado tutelar? _____

Representante del hogar:

DCN/SSN del representante del hogar:

24. Marque si esta persona es menor de 19 años y puede afiliarse a la asistencia médica dentro de un plan de prestaciones para empleados estatales.

25. Marque si la persona recibe o reúne los requisitos para recibir Medicare. ¿En qué fecha reunió los requisitos? _____

26. Marque aquí si la persona padece algún trastorno físico, mental o emocional que limite sus actividades (como bañarse, vestirse, actividades, cotidianas, etc.). Escriba el nombre de la persona: _____

Empleo actual e información de ingresos

Con empleo. (Si esta persona actualmente tiene empleo, brinde información sobre su ingreso. Comience en la pregunta 27).

Empleo por cuenta propia. (Vaya a la pregunta 37).

Sin empleo. (Vaya a la pregunta 38).

Empleo actual 1: Marque si no le retienen impuestos sobre estos ingresos antes de percibirlos.

27. Nombre y dirección del empleador

28. Teléfono del empleador

29. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

30. Promedio SEMANAL de horas trabajadas:

31. Fecha de inicio del empleo:

Empleo actual 2: Marque si no le retienen impuestos sobre estos ingresos antes de percibirlos.

32. Nombre y dirección del empleador

33. Teléfono del empleador

34. Salarios/propinas (antes de impuestos) Por hora Por semana Cada 2 semanas Bimestral Mensual Anual
\$ _____

35. Promedio SEMANAL de horas trabajadas:

36. Fecha de inicio del empleo:

37. **Si trabaja por cuenta propia**, responda lo siguiente:

a. Tipo de trabajo:

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias tras cubrir los gastos de su negocio) que percibirá esta persona por trabajar por cuenta propia este mes?

\$ _____

38. ¿Qué le ocurrió a la persona **el año pasado**? Cambió de empleo Dejó de trabajar Comenzó a trabajar menos horas Nada de lo anterior

39. **Otros ingresos de este mes:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que percibe esta persona y con qué frecuencia.

Ninguno

Pensión alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
recibida

Seguro de desempleo \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Fecha de la orden o la última modificación: _____

Pensiones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Ganancias netas \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
por rentas/regalías

Seguro Social \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Otros ingresos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo _____

Ganancias netas por agricultura o pesca \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

40. **Deducciones:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad que esta persona paga por esta deducción y con qué frecuencia.

Si esta persona paga cosas que pueden deducirse en la declaración de la renta federal, indíquelo, ya que es posible que el costo de la cobertura de atención médica se reduzca un poco.

NOTA: No incluya gastos que ya haya considerado en la respuesta sobre ingresos netos si esta persona trabaja por cuenta propia (pregunta 37b).

Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Fecha de la orden o la última modificación: _____

Tipo: _____

Intereses por préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

41. **Ingresos anuales:** Llene solamente si el ingreso cambia cada mes.

Si esta persona no anticipa cambios en el ingreso mensual, continúe con la siguiente persona.

Ingresos totales de esta persona **este año**

Ingresos totales de esta persona el **próximo año** (si anticipa que serán diferentes)

\$ _____

\$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber de esta persona.

Si hay más miembros en su hogar que desea incluir, llene un formulario con la información de cada una de las personas.