

**PAQUETE DE SOLICITUD DE BADGERCARE PLUS**  
**(BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET)**

Esta es una solicitud para los beneficios de BadgerCare Plus y Family Planning Only Services. Puede solicitar:

- En línea en [access.wi.gov](https://access.wi.gov). Haga clic en Apply now (Solicitar ahora).
- Por correo o fax: Llene esta solicitud y envíela por correo o fax:

Si vive en el condado de Milwaukee:

MDPU  
6055 N 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee WI 53218  
Fax: 1-888-409-1979

Si no vive en el condado de Milwaukee:

CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234  
Fax: 1-855-293-1822

- Por teléfono o en persona: Tendrá que llamar a su agencia para hacer una cita para solicitar por teléfono o en persona.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o desea responder a las preguntas en persona o por teléfono, comuníquese con su agencia. Para obtener la dirección o el número de teléfono de su agencia, llame al 800-362-3002, o vaya a [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency).

Si tiene una discapacidad o necesita que esta información sea interpretada/traducida o en un formato diferente, comuníquese con su agencia. Estos servicios son gratuitos.

**ACCESS – SOLICITUD EN LÍNEA**

ACCESS es una opción en línea que le permite solicitar beneficios, verificar el estatus de sus beneficios o informar cambios a su trabajador. Para visitar ACCESS, vaya a [access.wi.gov](https://access.wi.gov).

A través de ACCESS, también puede solicitar FoodShare Wisconsin, que es un programa que ayuda a las personas a comprar alimentos nutritivos. Para más información sobre FoodShare vaya a [dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](https://dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).

**COMO USAR ESTE FORMULARIO — LISTA DE VERIFICACIÓN**

- Lea las secciones Información importante, Derechos y responsabilidades antes de solicitar.
- Guarde las páginas 1 al 6 y el Informe de cambio de información, F-10183, que se encuentra en este paquete de solicitud, para futuros cambios.
- Escriba claro y en letra de molde, use tinta azul o negra.
- Lea cualquier instrucción antes de responder a la pregunta.
- Llene todas las secciones de la solicitud que correspondan a usted y a su familia. Es posible que se retrase en obtener los beneficios de BadgerCare Plus, si la solicitud no está llena por completo.

Si se necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional o las hojas en blanco al final de la solicitud.

- Incluya información sobre todas las personas que viven en su casa. Indique todos los niños que viven en su casa con usted por lo menos un 40% de las veces.
- Es posible que tenga que proporcionar prueba de algunas de sus respuestas. Consulte la Sección de verificación / prueba en la página 4, para saber cuáles documentos necesitará proporcionar. Adjunte a su solicitud cualquier documento de prueba, documentación adicional u hojas de papel utilizado para llenar la solicitud. Por favor, envíe copias. No envíe documentos originales.
- Firme la solicitud y cualquier otro documento adjunto que requiera una firma. Las solicitudes y los documentos adjuntos que no estén firmados serán devueltos.
- Si tiene un tutor legal de patrimonio, un tutor legal de persona y de patrimonio, un custodio o poder notarial durable vigente para la administración de finanzas, adjunte la documentación en que autoriza al tutor legal, custodio o poder notarial designado del solicitante. Si tiene un representante autorizado, adjunte el formulario Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado (formulario F-10126A para personas o formulario F-10126B para organizaciones).

- ❑ Si quiere solicitar FoodShare, complete la solicitud de FoodShare, F-16019, en el sitio web del DHS en [dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-16019](https://dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-16019).

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

Lo siguiente es información importante que necesitará saber para solicitar los beneficios de BadgerCare Plus.

- Es importante presentar la solicitud lo antes posible ya que la fecha de su solicitud es la fecha en que la agencia recibe su solicitud firmada.
- Si el seguro no ha pagado sus gastos médicos o de planificación familiar de los últimos tres meses, puede solicitar cobertura para pagar esos gastos. Para solicitar esta ayuda, llene el Anexo 7: Solicitud de ayuda para pagar los gastos médicos y envíelo con su solicitud cumplimentada.
- Si está inscrito en BadgerCare Plus, necesitará completar una renovación con su agencia cada 12 meses para permanecer inscrito.
- Su solicitud de BadgerCare Plus es también una solicitud de ayuda con el pago de seguro médico privado a través del Health Insurance Marketplace federal. Si no cumple las normas para inscribirse en BadgerCare Plus o Medicaid, su información puede ser enviada al Marketplace. Si esto ocurre, el Marketplace se pondrá en contacto con usted para saber si puede obtener ayuda con el pago de seguro médico privado. Para más información sobre el Marketplace, visite [HealthCare.gov](https://HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596 o al 1-855-889-4325 (TTY).

## TUTOR LEGAL, CUSTODIO O PODER NOTARIAL

Si usted tiene un tutor legal de patrimonio, un tutor legal de persona y de patrimonio, un custodio, o un apoderado con poder notarial durable vigente para la administración de las finanzas, esa persona puede completar y enviar este formulario en su nombre. Esa persona también tendría que presentar documentos sobre su nombramiento junto con este formulario.

Cuando envíe esta solicitud, adjunte los documentos legales que autorizan al tutor legal, custodio o persona con poder notarial durable para la administración de las finanzas que esté designado para el solicitante.

El tutor legal de persona puede actuar en su nombre en relación con la elegibilidad y los beneficios de BadgerCare Plus solo si este poder está reconocido en los documentos judiciales que lo designan.

La persona con poder notarial sobre la atención médica no está habilitada para actuar en su nombre en relación con la elegibilidad y los beneficios de BadgerCare Plus.

## REPRESENTANTE AUTORIZADO

Un representante autorizado puede hacer la solicitud en su nombre. Para designar a un representante autorizado, complete el formulario Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado: formulario para personas, F-10126A ([dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126A](https://dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126A)), o Designar, cambiar o revocar a un representante autorizado: formulario para organizaciones, F-10126B ([dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126B](https://dhs.wisconsin.gov/library/collection/F-10126B)). Esto permitirá que su representante autorizado complete y firme la solicitud por usted.

Para obtener este formulario, llame al 800-362-3002 o visite [dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](https://dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm).

## ACCESO AL GRUPO DE SEGURO MÉDICO DE SU EMPLEADOR

Si el seguro médico patrocinado por el empleador está disponible, es posible que algunos niños y mujeres embarazadas no puedan obtener BadgerCare Plus.

El Department of Health Services verificará esta información con su empleador antes de usted ser inscrito.

## DEDUCIBLE DE BADGERCARE PLUS

Si es una mujer embarazada y es ciudadana estadounidense o inmigrante calificada y recibe ingresos por encima del 300% del límite de pobreza federal (Federal Poverty Limit o FPL) o si su hijo no se puede inscribir debido a que excede el límite de ingresos o tiene acceso a un seguro médico patrocinado por un empleador donde el empleador paga un 80% o más de la prima, es posible que usted aún pueda inscribirse mediante el cumplimiento de un deducible.

Para una mujer embarazada, un deducible es la diferencia entre el ingreso neto familiar y el 300% del límite de pobreza federal en un período de 6 meses. Para los niños un deducible es la diferencia entre el ingreso neto familiar 150% del límite de pobreza federal en un período de seis meses. Por ejemplo, si su ingreso mensual es de \$100 por encima del 150 % del límite de pobreza federal, usted tendrá que pagar un deducible de \$600 para poder obtener beneficios. (\$100 X 6 meses = \$600) Para las pautas de ingresos actuales, llame al 800-

362-3002 o vaya a

[www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).

### **COBERTURA MÉDICA ADICIONAL**

Como una condición de inscripción en BadgerCare Plus, usted debe informar a la agencia cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar por cuidado de salud en nombre suyo o de su familia. Usted debe cooperar proporcionando la información solicitada. Esto también incluye cualquier seguro que pueda estar disponible a través de un padre ausente o del grupo de seguro de salud de un empleador.

que debe ayudar a la agencia, a localizar a un padre ausente, nombrar legalmente al padre ausente y/o hacer cumplir las órdenes de responsabilidad de manutención médica. Si no coopera con la agencia de manutención de menores y no tiene una buena razón para no cooperar, sus beneficios podrían terminar si es mayor de edad y no está embarazada.

### **INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

La información de identificación personal y los números de Seguros Social (SSN) se utilizan únicamente para la administración directa de los programas de BadgerCare Plus.

Si alguien en su familia no solicita los beneficios de BadgerCare Plus, no necesitará proporcionar información sobre el número de Seguro Social de esa persona. Cualquier persona que quiera obtener los beneficios de BadgerCare Plus, tiene que proporcionar su número de Seguro Social o solicitar uno de acuerdo con Wis. Stat. § 49.82(2).

Si solicita los beneficios de BadgerCare Plus pero no tiene un número de Seguro Social debido a sus creencias religiosas o por su estatus de inmigrante, deje en blanco el espacio que corresponda al número de Seguro Social.

Su número de Seguro Social permite una verificación computarizada de su información con las agencias gubernamentales como el Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, Department of Revenue, Department of Transportation y Department of Workforce Development. Además, el Department of Health Services comparará su nombre y su número de Seguro Social con la información proporcionada por las compañías de seguros médico para determinar si tiene otro seguro médico.

Su número de Seguro Social no se compartirá con los United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).

### **COOPERACIÓN CON LA MANUTENCIÓN DE MENORES**

En algunas situaciones, tendrá que cooperar con la agencia de manutención de menores (Child Support Agency) para establecer paternidad. Esto quiere decir

## **RECUPERACIÓN DE BADGERCARE PLUS**

La ley del estado de Wisconsin exige la recuperación de ciertos beneficios de Medicaid de su patrimonio o el del su cónyuge sobreviviente. En el Manual del Estate Recovery Program (Programa de Recuperación de Patrimonio) de Wisconsin (P-13032), se brinda información sobre la recuperación de patrimonio. Puede solicitar una copia de la publicación a su agencia, poniéndose en contacto con Servicios para Miembros al 800-362-3002 o en

[dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p13032.pdf](https://dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p13032.pdf). Son

recuperables algunos beneficios que obtiene en la comunidad después de cumplir 55 años y todos los beneficios que obtiene después de cumplir 55 años mientras participa en un programa de atención a largo plazo, reside en un hogar de ancianos o es paciente hospitalizado durante 30 días o más.

## **DERECHOS**

Las leyes estatales y federales garantizan los derechos de cualquier persona que solicite o se inscriba en BadgerCare Plus. Estos derechos incluyen el derecho a:

- Ser tratado con respeto por los empleados del estado y del condado,
- Mantener de forma confidencial toda información compartida con las agencias locales para determinar inscripción. (Esto no prohíbe el uso de dicha información para propósito de administración del programa).
- Tener acceso a los registros y los archivos de las agencias locales relacionados con su caso, con la excepción de la información obtenida por la agencia local bajo promesa de confidencialidad,
- Permanecer inscrito en BadgerCare Plus aún si usted está temporalmente fuera del estado, si aún permanece residente de Wisconsin,
- Ser notificado si puede ser inscrito en BadgerCare Plus dentro de 30 días a partir de la fecha en que la agencia local recibe su solicitud para BadgerCare Plus,
- Ser notificado por adelantado sobre cambios en sus beneficios o estatutos de inscripción,
- Pedir acomodación razonable para participar en el programa por un motivo relacionado con una discapacidad, o el derecho a solicitar intérpretes o traductores para participar en el programa.
- Apelar cualquier acción tomada con respecto a su solicitud de BadgerCare Plus o a los beneficios en curso con la que no esté de acuerdo mediante la solicitud de una Audiencia Imparcial.

## **AUDIENCIA IMPARCIAL**

Puede apelar ante la Division of Hearings and Appeals o ante su agencia si:

- Su solicitud de BadgerCare Plus fue denegada por error.
- Su solicitud no fue tramitada dentro de 30 días a partir de la fecha en que la agencia la recibió.
- No está de acuerdo con la decisión que tomó la agencia local de discontinuar, cancelar, suspender o reducir sus beneficios.
- Su solicitud para una autorización previa fue negada.

Puede solicitar una audiencia imparcial escribiendo a:

Wisconsin Department of Administration  
Division of Hearings and Appeals  
P.O. Box 7875  
Madison, WI 53707-7875

La solicitud de audiencia imparcial se puede encontrar en

[www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).

Si decide escribir una carta en lugar de usar el formulario, debe incluir:

- Su nombre.
- Su dirección.
- Una descripción breve del problema.
- El nombre de la agencia.
- Su número de caso CARE.
- Su firma.

La apelación debe presentarse a más tardar 45 días después de la fecha de la acción.

También puede comunicarse con la agencia donde hizo su solicitud y pedir ayuda para presentar una solicitud de audiencia imparcial. Consulte el Manual de inscripción y beneficios de ForwardHealth (P-00079) para más información sobre el proceso de audiencia imparcial. Recibirá un manual cuando la agencia reciba su solicitud o puede encontrar el manual en [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm).

Si tiene preguntas sobre el proceso de audiencia imparcial, puede llamar a la Division of Hearings and Appeals al 608-266-7709.

## **RESPONSABILIDADES**

Para informar de fraude a la a asistencia pública – vaya a [www.reportfraud.wisconsin.gov/](http://www.reportfraud.wisconsin.gov/) o llame al 877-865-3432 (línea gratuita).

Tiene la responsabilidad de proporcionar información veraz y completa en esta solicitud, documentos adjuntos, o cualquier otro formulario(s) necesario para la inscripción en BadgerCare Plus o Family Planning Only Services.

## **INFORMAR CAMBIOS**

### **BadgerCare Plus**

Si está inscrito en BadgerCare Plus, debe informar los siguientes cambios en un plazo de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado y se hace residente de ese estado (ver nota abajo).
- Si alguien se muda dentro o fuera de su hogar, o alguien sale embarazada o da a luz.
- Si sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo: se va a un hogar de ancianos u otra institución).
- Si sus ingresos netos mensuales sobrepasan el límite del programa para el tamaño de su familia.
- Si se casa o se divorcia.
- Si hay un cambio en la cobertura de seguro médico.
- Hay un cambio en el estatus de declaración de impuestos esperado o dependientes de impuestos.
- Ya no tiene la deducción relacionada con los impuestos que nos informó.
- Ahora está en la cárcel o prisión o salió de la cárcel o prisión.

Si hay un cambio en sus ingresos y su ingreso neto mensual sobrepasa el límite del programa para el tamaño de su familia, tiene que informar el cambio antes del día 10 del mes siguiente.

El límite de los ingresos del programa para el tamaño de su familia estará en las cartas tituladas ‘Sobre sus beneficios’. Usted siempre debe consultar la carta más reciente para ver el límite de ingresos de acuerdo al tamaño de su familia.

### **Family Planning Only Services**

Si está inscrito en el programa Family Planning Only Services, usted sólo tiene que informar los cambios siguientes, dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado.
- Si sus arreglos de viviendas cambian (por ejemplo: ingresa a un hogar de ancianos u otra institución).
- En este momento está en la cárcel o en la prisión o salió de la cárcel o de la prisión.

## **COMO INFORMAR CAMBIOS**

Puede informar cambios en línea en [access.wi.gov](http://access.wi.gov), llamando a su agencia local o utilizando el formulario Informe de cambio de información, F-10183, incluido en este paquete de solicitud.

## **PRUEBA / VERIFICACIÓN**

Es posible que deba proporcionar prueba de cierta información. Los siguientes son ejemplos de los documentos de prueba.

## **PRUEBA DE CIUDADANÍA / IDENTIDAD**

Las personas que soliciten BadgerCare Plus o Family Planning Only Services puede que deban proporcionar pruebas de su identidad, estatus de ciudadanía y/o estatus migratorio. Si ya ha proporcionado prueba de ciudadanía de los Estados Unidos y/o identidad, no necesita volver a proporcionarla.

## **CIUDADANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Si es un ciudadano de los Estados Unidos, algunos ejemplos de pruebas de ciudadanía e identidad que usted puede usar se encuentran en la Lista 1.

### **Lista 1**

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de ciudadanía de los Estados Unidos
- Certificación de la naturalización de los Estados Unidos
- Una licencia de conducir mejorada emitida por el estado
- Documentos de identificación tribal

Si no tiene ninguno de los artículos en la Lista 1, tiene que proporcionar un artículo de la Lista 2 y uno de la Lista 3.

### **Lista 2**

- Certificado de nacimiento de los Estados Unidos
- Informe del departamento de los Estados Unidos de nacimiento en el extranjero (U.S. State Department Report of Birth Abroad)
- Tarjeta de identificación de ciudadanía estadounidense
- Documentos de adopción que muestran el nacimiento en los Estados Unidos
- Registro hospitalario de nacimiento en los Estados Unidos
- Registro de servicio militar en los Estados Unidos o registro de reclutamiento que muestra el nacimiento en los Estados Unidos

## BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

F-10182S

Página 6 de 42

- Registro de seguro de vida o seguro médico que muestra el nacimiento en los Estados Unidos
- Documentos de admisión en un hogar de ancianos que muestran el nacimiento en los Estados Unidos

### Lista 3

- Licencia de conducir del estado
- Tarjeta de identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local
- Tarjeta de identificación de dependiente militar de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación militar de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación escolar con fotografía
- Para niños menores de 18 años de edad, formulario firmado de Declaración de identidad, F-10154, incluido en este paquete de solicitud

Si tiene estos artículos disponibles el día que presenta su solicitud (en papel o en línea en [access.wi.gov](http://access.wi.gov)), inclúyalos con su solicitud. Es posible que la agencia se comunique con usted y le pida que proporcione pruebas de información faltante, conflictiva o vaga, si dicha información afectará la decisión sobre su inscripción en BadgerCare Plus o Family Planning Only Services. Si está solicitando beneficios, puede disponer de al menos 95 días a partir de la fecha de su solicitud, para proporcionar prueba a la agencia si se le solicita.

### INMIGRANTES

Si usted es un inmigrante que solicita BadgerCare Plus, es posible que se le pida enviar una copia de la documentación de USCIS que muestra su estatus migratorio.

**Nota:** Los inmigrantes indocumentados sólo pueden recibir coberturas para los servicios de atención médica de emergencia. Las mujeres embarazadas inmigrantes pueden inscribirse en BadgerCare Plus Prenatal Services (Servicios Prenatales de BadgerCare Plus).

### PRUEBA DE INGRESO

#### Ingresos de trabajo y salarios

Algunos solicitantes que tienen un trabajo deben dar pruebas de sus ingresos. Esta información se puede proporcionar en el formulario de verificación de ganancia del empleador (Employer Verification of Earnings - EVF-E), o bien puede usar los talonarios de cheques que haya obtenido en los últimos 30 días. Si desea obtener un formulario llame a su agencia local. Si ya está inscrito, es posible que se le pida proporcionar prueba de esta información en su revisión anual y cuando cambie de trabajo.

### Empleo por cuenta propia

Debe proporcionar prueba de cualquier ingreso de empleo por cuenta propia que cualquier miembro de la familia tenga. Puede usar copias de sus formularios de impuestos como prueba.

### Otros ingresos

Debe proporcionar pruebas de cualquier otro ingreso que su familia reciba (por ejemplo, pensiones, pago por discapacidad, pago por desempleo de otro estado, etc.).

### OTRAS PRUEBAS

Su trabajador podría pedirle otras pruebas. Vea algunos ejemplos a continuación sobre otros artículos para los que tal vez tenga que proporcionar pruebas.

- Gastos médicos para cumplir con un deducible.
- Documentación del poder notarial, tutor legal o custodio.
- Activos. (Sólo para aquellos que soliciten para el Medicare Savings Program.)

Si necesita ayuda para obtener cualquier prueba necesaria, comuníquese con su agencia y pida que le ayuden.

### OTROS PROGRAMAS

#### Medicare Savings Program

Si usted o alguien en su hogar recibe Medicare Parte A y/o B, es posible que obtenga ayuda para pagar sus primas, copagos y deducibles de Medicare.

Esto se llama Medicare Savings Program. Para saber si puede inscribirse en el programa, necesitará llenar el Adjunto 8: Activos, y proporcionar pruebas de estos activos.

## **BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET**

F-10182S

Página 7 de 42

### **FoodShare Wisconsin**

FoodShare ayuda a las personas con poco dinero a comprar los alimentos que necesitan para una buena salud.

Para más información sobre FoodShare de Wisconsin, visite [dhs.wisconsin.gov/foodshare/index.htm](https://dhs.wisconsin.gov/foodshare/index.htm).

### **PLANES DE VALOR MÍNIMO ESTÁNDAR**

Valor mínimo estándar significa que el plan paga al menos el 60 por ciento del total del costo de beneficio permitido por ese plan.

Su empleador deberá poder decirte si ofrece un plan de valor mínimo estándar (MVSP en inglés).

Algunos empleadores deben entregar a sus empleados una carta que indique si su plan cumple con el valor mínimo estándar. O bien, puede ir a <https://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/employer-coverage-tool.pdf> para obtener un formulario que puede entregarle al empleador para ayudarle a obtener más información.

Si su empleador ofrece un plan que cumple con el valor mínimo estándar, las preguntas en la sección Planes de valor mínimo estándar Adjunto 5b, tienen que ver con el plan de menor costo, sólo para empleados, que cumple con el valor mínimo estándar. Sólo para empleados significa un plan que cubre sólo a la persona que está empleada. Esto no es un plan que cubre a otros miembros de la familia del empleado.

Incluso si está inscrito en un plan que cuesta más que el plan de menor costo sólo para empleados, aún debe informarnos sobre el plan de menor costo en el Adjunto 5b.

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, [dhscrc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscrc@dhs.wisconsin.gov). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kantscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	<b>हिंदी (Hindi)</b> ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Soomaali (Somali)</b> FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).

**SOLICITUD DE BADGERCARE PLUS**

**Instrucciones**

- Use tinta azul o negra
- Escriba todas las fechas en el formato MM/DD/AA (por ejemplo 04/02/58)
- Utilice una hoja de papel adicional o las páginas en blanco al final de esta solicitud si se necesita más espacio.
- Intente darnos toda la información que pueda. Si no nos da alguna información ahora, es posible que tengamos que pedírsela antes de tomar una decisión sobre su solicitud.
- Guarde las páginas 1 a 6 y el Informe de cambio de información, F-10183, para uso futuro.

For Agency Use Only	
Case Number	Date Received

**SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

*En esta sección le pediremos información sobre usted, el solicitante.*

Nombre – Solicitante (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento
Nombre al nacer y/o nombres anteriores	Número de Seguro Social

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección postal, si es distinta a la de arriba

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Está solicitando BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Necesita ayuda para pagar la atención médica en cualquiera de los tres meses anteriores, para cualquier persona en su hogar?  
 Sí     No

En caso afirmativo, llene el formulario de solicitud de ayuda para pagar los gastos médicos (Adjunto 7) de este paquete.

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿En qué idioma quiere que se imprimen sus cartas? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	¿Qué idioma se habla en su hogar?
--	--	-----------------------------------

Etnia \* (opcional)  
 Hispano o latino     Ni Hispano ni Latino

Raza\* (opcional, elija una o más)

Indio Americano / Nativo de Alaska     Asiático     Negro / Afroamericano

Hawaiano / Otro isleño del Pacífico     Blanco

*\* No tiene que responder a las preguntas sobre etnicidad y raza si no lo desea. Estamos haciendo estas preguntas para ayudar a mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no discriminen por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión sobre sus beneficios.*

¿Hay alguien en su hogar ciego, discapacitado o incapacitado para trabajar debido a una enfermedad o lesión?

Sí  No

¿Es usted una persona "sin hogar\*" en la actualidad o lo ha sido sin hogar en los últimos 12 meses?

Sí  No

\*Por "sin hogar" nos referimos a que no tiene un lugar a largo plazo donde pasar la noche. Puede estar alojado en un albergue o en casa de un amigo o familiar, o puede que no tenga un lugar donde alojarse.

¿Cuál es su estado civil?

Anulado  Divorciado  Legalmente separado  Casado  Nunca se casó  Soltero  Viudo

¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu india americana o de un nativo de Alaska?

Sí  No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 9.

¿Es elegible para obtener los servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano?

Sí  No

¿Ha recibido servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano?

Sí  No

*Responda a las siguientes preguntas solo si está solicitando BadgerCare Plus o Family Planning Only.*

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí  No

*Si no, por favor responda a las siguientes preguntas:*

¿Cuál es su número de registro de extranjero o USCIS?

¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

¿Tiene un patrocinador?

Sí  No

¿Está en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con licencia honorable, casado con alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano, o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable?

Sí  No

**Declaración de impuesto**

¿Alguien planea declarar impuestos junto con alguien fuera de su casa, o reclamar a algún dependiente de impuestos que no esté viviendo en su casa?

Sí  No

En caso afirmativo, llene los Adjuntos 1 y 6.

**SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE CONTACTO**

*Díganos cómo podemos contactarle.*

Número de teléfono		Tipo de teléfono	
		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Otro número de teléfono	¿A quién pertenece este número?	¿Cómo se llama esta persona?	
	<input type="checkbox"/> A usted <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Pariente		

Dirección de correo electrónico

¿Cuál es la mejor manera y hora de contactarlo durante los días de semana?

**SECCCIÓN 3 – OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

*Díganos sobre todas las demás personas en el hogar, incluso si no están solicitando beneficios. No tiene que responder las preguntas sobre etnicidad y raza si no lo desea. Hacemos estas preguntas para ayudar a mejorar nuestros programas y asegurarnos de que no discriminen por motivos étnicos o raciales. Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión sobre sus beneficios. Haga una lista de todos los niños que viven en el hogar con usted al menos el 40% del tiempo. Incluya a cualquier niño del que sea responsable del cuidado y que esté fuera del hogar durante seis meses o menos. También incluya a cualquier niño que haya sido retirado de su hogar y colocado en cuidado de crianza temporal (foster care) o con un pariente. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.*

<b>Nombre – Cónyuge u otro adulto</b> (apellido, nombre, inicial)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
---	--------------------------------

Nombre al nacer	Número de Seguro Social
-----------------	-------------------------

¿Está solicitando BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el solicitante
--	-----------------------------

Etnicidad (opcional)  
 Hispano o latino       Ni hispano ni latino

Raza (opcional, elija una o más)  
 Indio Americano / Natico de Alaska     Asiático       Negro / Afroamericano  
 Hawaiano / Otro isleño del Pacífico     Blanco

¿Está sin hogar ahora o ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?  
 Sí     No

¿Cuál es su estado civil?  
 Anulado     Divorciado     Legalmente separado     Casado     Nunca se casó     Soltero     Viudo

¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu india americana o de un nativo de Alaska?  
 Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 9.

¿Es elegible para obtener los servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano?  
 Sí       No

¿Ha recibido servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano?  
 Sí       No

*Responda a las siguientes preguntas solo si está solicitando BadgerCare Plus o Family Planning Only.*

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí       No

*Si no, por favor responda a las siguientes preguntas:*

¿Cuál es su número de registro de extranjero o USCIS?

¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

¿Tiene un patrocinador?

Sí       No

¿Está en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con licencia honorable, casado con alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano, o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable?

Sí     No

<b>Nombre – Niño 1 (apellido, nombre, inicial)</b>		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
Nombre al nacer		Número de Seguro Social
¿Está solicitando BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el solicitante	
Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		
Raza (opcional, elija una o más) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano / Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu india americana o de un nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, llene el Adjunto 9.		
¿Es elegible para obtener los servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Este niño está en cuidado de crianza temporal o vive con un pariente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

*Responda a las siguientes preguntas solo si está solicitando BadgerCare Plus o Family Planning Only.*

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí       No

*Si no, por favor responda a las siguientes preguntas:*

¿Cuál es su número de registro de extranjero o USCIS?

¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

¿Tiene un patrocinador?

Sí       No

¿Está en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con licencia honorable, casado con alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano, o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable?

Sí       No

<b>Nombre – Niño 2 (apellido, nombre, inicial)</b>		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
Nombre al nacer		Número de Seguro Social
¿Está solicitando BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Está solicitando Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el solicitante	
Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		
Raza (opcional, elija una o más) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano / Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu india americana o de un nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, llene el Adjunto 9.		
¿Es elegible para obtener los servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Este niño está en cuidado de crianza temporal o vive con un pariente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

*Responda a las siguientes preguntas solo si está solicitando BadgerCare Plus o Family Planning Only.*

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí       No

*Si no, por favor responda a las siguientes preguntas:*

¿Cuál es su número de registro de extranjero o USCIS?

¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

¿Tiene un patrocinador?

Sí       No

¿Está en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con licencia honorable, casado con alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano, o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable?

Sí       No

**Nombre – Niño 3 (apellido, nombre, inicial)**

Fecha de nacimiento  
(mm/dd/aa)

Nombre al nacer

Número de Seguro Social

¿Está solicitando BadgerCare Plus?

Sí       No

¿Está solicitando for Family Planning Only Services?

Sí       No

Sexo

Masculino     Femenino

Relación con el solicitante

Etnicidad (opcional)

Hispano o latino     Ni hispano ni latino

Raza (opcional, elija una o más)

Indio Americano / Nativo de Alaska     Asiático       Negro / Afroamericano  
 Hawaiano / Otro isleño del Pacífico     Blanco

¿Cuál es su estado civil?

Anulado     Divorciado     Legalmente separado     Casado     Nunca se casó     Soltero     Viudo

¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu india americana o de un nativo de Alaska?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 9.

¿Es elegible para recibir servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano?

Sí       No

¿Ha recibido servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano?

Sí       No

¿Este niño está en cuidado de crianza temporal o vive con un pariente?

Sí       No

*Responda a las siguientes preguntas solo si está solicitando BadgerCare Plus o Family Planning Only.*

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí       No

*Si no, por favor responda a las siguientes preguntas:*

¿Cuál es su número de registro de extranjero o USCIS?

¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

¿Tiene un patrocinador?

Sí       No

¿Está en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con licencia honorable, casado con alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano, o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable?

Sí       No

<b>Nombre – Niño 4 (apellido, nombre, inicial)</b>		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)
Nombre al nacer		Número de Seguro Social
¿Está solicitando BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está solicitando Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el solicitante	
Etnicidad (opcional) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		
Raza (opcional, elija una o más) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano / Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una tribu india americana o de un nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, llene el Adjunto 9.		
¿Es elegible para obtener los servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de Indian Health Services, una clínica tribal o un programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Este niño está en cuidado de crianza temporal o vive con un pariente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

---

*Responda a las siguientes preguntas solo si está solicitando BadgerCare Plus o Family Planning Only.*

---

¿Es un ciudadano de los Estados Unidos?

Sí       No

*Si no, por favor responda a las siguientes preguntas:*

¿Cuál es su número de registro de extranjero o USCIS?

¿Cuándo vino a vivir a los Estados Unidos?

¿Tiene un patrocinador?

Sí     No

¿Está en servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o es un veterano con licencia honorable, casado con alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable, el cónyuge sobreviviente de un veterano, o el hijo de alguien en servicio activo o un veterano con licencia honorable?

Sí       No

---

**SECCIÓN 4 – OTRA INFORMACIÓN**

---

*Debe responder sí o no para cada pregunta que se le hace a continuación. Si responde que sí, debe ir a los siguientes Adjuntos y llenar la sección indicada.*

---

A. ¿Hay alguien en su casa que planea presentar una declaración de impuestos por los ingresos recibidos este año?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 6, Información fiscal. Si solo solicita Family Planning Only Services, no necesita llenar el Adjunto 6, Información fiscal.

---

B. ¿Paga alguien pensión alimenticia, gastos de educación superior, impuesto por cuenta propia deducible, intereses de préstamos estudiantiles, etc.?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 1, Deducciones fiscales

---

C. ¿Había alguien en su casa en hogares de crianza temporal (foster care), cuidado familiar (kinship care) ordenado por la corte o bajo una tutela subsidiada al cumplir los 18 años?  Sí       No

En caso afirmativo, nombre de la persona(s)

---

D. ¿Hay alguien en su casa embarazada?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 2, Mujeres embarazadas.

---

E. ¿Algún niño menor de 18 años (incluidos los no nacidos) tiene una madre o padre natural o adoptivo que no viva en el hogar?

Sí       No

En caso afirmativo, ¿hay alguna razón por la que no desee proporcionar información sobre un padre ausente?

Sí       No

---

F. ¿Alguien en su casa recibirá ingresos de un trabajo este mes o en el mes siguiente?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 3, Empleo.

---

---

G. Si se determina que su hijo está por encima del límite de ingresos o tiene acceso a un seguro médico patrocinado por el empleador donde el empleador paga al menos el 80% de la prima, ¿quiere inscribir a su hijo en un BadgerCare Plus Deductible? (Para obtener más información sobre BadgerCare Plus Deductible, consulte la página 2.)

Sí       No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre(s) del niño? \_\_\_\_\_

---

H. ¿Hay alguien en su casa con empleo por cuenta propia?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 4a, Autoempleo.

---

I. ¿Alguien en su hogar recibe ingresos de una fuente que no sea un trabajo? Ejemplos de este ingreso incluyen Seguro Social, manutención / pensión alimenticia, seguro de desempleo, discapacidad o pago por enfermedad, etc. En caso afirmativo, llene el Adjunto 4b, Otros ingresos.

Sí       No

---

J. ¿Alguien tiene seguro médico o de salud actualmente, o en los tres meses anteriores?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 5a, Seguro médico.

---

K. ¿Puede alguien en su casa recibir seguro médico a través de un empleador, pero NO se ha inscrito para recibirlo?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el accesorio 5b.

---

L. M. ¿Recibe alguien en su casa Medicare Parte A y/o Parte B?

Sí       No

En caso afirmativo, y esta persona desea solicitar el Medicare Savings Program, llene el Adjunto 8, Activos.

---

M. ¿Alguien espera que sus ingresos cambien de mes a mes?

Sí       No

En caso afirmativo, llene el Adjunto 10, Ingreso anual.

---

---

**SECCIÓN 5 – FIRMA**

---

*Lea las siguientes declaraciones antes de firmar. Si hay alguna parte de esta solicitud que no entienda, comuníquese con su agencia.*

Bajo sanciones de ley y/o perjurio, declaro que he leído y entendido esta solicitud y cualquier Adjunto y que según mi leal saber y entender, la información que he dado es verdadera, correcta y completa. Entiendo las sanciones por dar información falsa o romper las reglas. Entiendo que tendré que proporcionar pruebas de que lo que he dicho es verdad. Entiendo que tendré que pagar cualquier beneficio pagado en mi nombre que se emita incorrectamente debido a mi falta de informar cambios o proporcionar información completa y correcta.

Entiendo mis derechos, así como mis responsabilidades y acepto acatarlos.

Sé que las reglas federales establecen que cualquier información que he dado debe ser revisada y verificada por el personal estatal. Además, entiendo que debo cooperar plenamente con los trabajadores estatales y federales si mi caso es revisado. No se necesita ningún permiso adicional por mi parte para obtener ninguna prueba u otra información.

Entiendo que BadgerCare Plus no paga por el costo médico que un tercero, tal como una compañía de seguro médico particular o alguien que me haya lesionado, esté supuesto a pagar. Por lo tanto, yo asigno y doy mis derechos para que cualquier pago proveniente de un tercero responsable de pagar vaya al Department of Health Services de Wisconsin hasta que quede cubierta la cantidad pagada por BadgerCare Plus para cubrir mis gastos de cuidado de salud. Esta asignación aplica para cualquiera de mis hijos menores. Estos pagos podrían incluir pagos de hospital y pólizas de seguro médico o bien pagos recibidos por convenio de pago como resultado de un accidente.

Entiendo que mi firma autoriza a la agencia local y al Department of Health Services de Wisconsin a solicitar cualquier información que sea apropiada y necesaria para la administración correcta de BadgerCare Plus según lo autorizado bajo la ley de Wisconsin.

Entiendo que, si no cumplo con las reglas para inscribirme en BadgerCare Plus y/o Medicaid, la agencia puede enviar mi información al Health Insurance Marketplace federal. El Marketplace usará esta información para ver si puedo obtener ayuda con el pago de un seguro médico privado.

---

**FIRMA** – Solicitante o representante autorizado, tutor legal, poder notarial o custodio

Fecha de la firma

---

**ADJUNTO 1 – DEDUCCIONES DE IMPUESTOS**

Marque las casillas para indicarnos qué deducciones de impuestos espera asumir en su declaración de impuestos para este año. Puede marcar "Sí" para cualquier persona que tenga el gasto (por ejemplo, intereses de préstamos estudiantiles), incluso si no están planeando presentar impuestos. Puede ver algunas descripciones de las deducciones fiscales menos comunes en la tabla Descripciones de las deducciones fiscales menos comunes.

<b>Tipo de deducción de impuestos</b>	<b>¿Quién recibe esta deducción?</b>	<b>¿Cuánto es la deducción?</b>	<b>¿Con qué frecuencia?</b>
Pensión alimenticia pagada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gastos de educación superior <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Deducción de impuestos de trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Interés de préstamo de estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Estas son deducciones de impuestos menos comunes:

<b>Tipo de deducción de impuestos</b>	<b>¿Quién recibe esta deducción?</b>	<b>¿Cuánto es la deducción?</b>	<b>¿Con qué frecuencia?</b>
Deducción por actividades de producción doméstica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gastos deducibles de impuestos de los funcionarios basados en honorarios (Fee-based Officials' Tax-deductible Expenses) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contribución a cuenta de retiro individual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pérdida por venta de propiedad comercial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gastos deducibles de impuestos de reserva Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pérdida operacional neta (Net Operating Loss - NOL) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gastos de su bolsillo para un cambio relacionado con el trabajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sanciones por retiro anticipado de ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gastos deducibles de impuestos de los artistas intérpretes o ejecutantes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Contribución al plan seguro médico de trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Contribución al plan de retiro de trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gastos deducibles de impuestos de maestros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otras deducciones por escrito permitidas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describe la deducción: _____			

**DESCRIPCIONES DE LAS DEDUCCIONES DE IMPUESTOS MENOS COMUNES**

Tipo de deducción de impuestos	Descripción
Deducción por actividades de producción nacional	<p>Una deducción para las personas que trabajan por cuenta propia que produjeron o inventaron artículos en los EE. UU. Ejemplos de producción son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propiedad</li> <li>• Gas natural</li> <li>• Agua potable</li> </ul> <p>Ejemplos de invenciones son::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear software</li> <li>• Grabación</li> <li>• Película</li> </ul>
Gastos deducibles de impuestos de funcionarios basados en honorarios	<p>Una deducción para funcionarios con honorarios que tienen gastos comerciales de su bolsillo. Esto no incluye los gastos pagados por su empleador.</p> <p>Ejemplos de funcionarios con honorarios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capellanes</li> <li>• Comisionados del condado</li> <li>• Jueces</li> <li>• Jueces de paz</li> <li>• Alguaciles</li> <li>• Agentes.</li> <li>• Registradores de la propiedad</li> <li>• Inspectores de edificios</li> </ul> <p>Si no está seguro de cumplir los requisitos, consulte el formulario 2106 del IRS.</p>
Pérdida por la venta de propiedades comerciales	<p>Una deducción para los trabajadores por cuenta propia con una pérdida por la venta o intercambio de propiedad que poseían para su negocio.</p>
Pérdida operacional neta (NOL)	<p>Si la persona tiene más deducciones que ingresos durante el año, es posible que tenga una pérdida operativa neta (NOL). Una NOL se puede deducir de los ingresos de otro año o años. Si la persona tiene un remanente de NOL de un año anterior, marque esta casilla.</p> <p>El IRS tiene una serie de reglas para tener una NOL. Generalmente, una NOL es causada por una pérdida por operar un negocio de propiedad única o una propiedad de alquiler. El IRS también tiene reglas que limitan lo que se puede deducir al calcular una NOL. Por ejemplo, no puede deducir las pérdidas de capital en exceso de las ganancias de capital. Además, la deducción NOL no puede exceder el 80% de la renta imponible por pérdidas en años fiscales posteriores a 2017.</p> <p>Para obtener más información sobre NOL, consulte las instrucciones para llenar el Formulario 1040 del IRS y la Publicación 536 del IRS.</p>
Gastos de su bolsillo para una mudanza relacionada con el trabajo	<p>Una deducción para las personas que pagaron de su bolsillo para mudarse por un trabajo. La mudanza debe ser por una razón relacionada con el trabajo, como comenzar un nuevo trabajo. Además, el nuevo trabajo debe estar al menos 50 millas más lejos de lo que estaba su antigua casa de su antiguo trabajo. También cuenta, si no tenían un trabajo antes, y su nuevo trabajo está al menos a 50 millas de su antigua casa.</p> <p>Esta deducción no se utiliza si su empleador pagó sus gastos de mudanza..</p>

<p>Sanciones por retiro anticipado de ahorros</p>	<p>Una deducción por multas pagadas a un banco por retirar fondos anticipadamente de una cuenta donde el dinero debe permanecer por un período de tiempo fijo. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una cuenta de ahorro a plazo fijo</li> <li>• Un certificado de depósito</li> <li>• Una anualidad</li> </ul>
<p>Gastos deducibles de impuestos de los artistas intérpretes o ejecutantes (Performance Artists' Tax-Deductible Expenses)</p>	<p>Una deducción para artistas intérpretes o ejecutantes que tienen gastos comerciales de desembolso personal por su arte. Esto no incluye los gastos que pagó su empleador. Esto solo se puede usar si todo esto es cierto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajaron para al menos dos empleadores que pagaban cada uno al menos \$200.</li> <li>• No ganaron más de \$16,000 por su trabajo.</li> <li>• Sus gastos de bolsillo fueron más del 10% de sus ganancias.</li> </ul> <p>Si no está seguro de si reúne los requisitos, consulte el formulario 2106 del IRS 2106.</p>
<p>Contribución al plan de seguro médico para los trabajadores por cuenta propia</p>	<p>Una deducción para los trabajadores por cuenta propia que aportan a un plan de jubilación o de ahorro para trabajadores por cuenta propia. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan Simplified Employee Pension (SEP)</li> <li>• Savings Incentive Match Plan for Employees (SIMPLE)</li> <li>• Contribuciones al plan calificadas</li> </ul>
<p>Gastos deducibles de impuestos de los maestros</p>	<p>Una deducción para los maestros de K-12 que tienen hasta \$250 en gastos de trabajo de su bolsillo. Esto no incluye los gastos pagados por su empleador.</p>
<p>Otras deducciones contables admisibles</p>	<p>Otras deducciones contables son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuciones a cuentas de ahorro médico Archer</li> <li>• Deducciones por alquileres y regalías</li> <li>• Determinadas deducciones de arrendatarios vitalicios o beneficiarios de rentas de inmuebles</li> <li>• Retribución por servicio de jurado entregada al empleador porque el miembro del jurado recibió un salario durante el servicio</li> <li>• Gastos de reforestación</li> <li>• Costes de las demandas por discriminación</li> <li>• Honorarios de abogados por indemnizaciones a denunciantes</li> <li>• Contribuciones a planes de pensiones de la sección 501(c)(18)(D)</li> <li>• Contribuciones de determinados capellanes a los planes de la sección 403(b)</li> </ul> <p>Si no está seguro de tener derecho a alguno de ellos, consulte el formulario 1040 del IRS.</p>

**ADJUNTO 2 – MUJERES EMBARAZADAS**

Si se necesita más espacio para cualquier sección, utilice una hoja de papel adicional.

**MUJER EMBARAZADA**

Nombre de la embarazada	Fecha de parto (mm/dd/aa)	Si es nacimiento múltiple, número de bebés que espera.
Nombre de la embarazada	Fecha de parto (mm/dd/aa)	Si es nacimiento múltiple, número de bebés que espera.
Nombre de la embarazada	Fecha de parto (mm/dd/aa)	Si es nacimiento múltiple, número de bebés que espera.

ADJUNTO 3 – EMPLEO

**EMPLEO**

Llene esta sección para cualquier persona en su hogar que recibirá ingresos o ingresos en especie de un trabajo este mes o en el mes siguiente. Por ingresos en especie nos referimos a un trabajo que paga sólo en bienes o servicios en lugar de dinero. Por ejemplo, alguien que obtiene vivienda gratis a cambio de trabajo. **Utilice una hoja de papel adicional si se necesita más espacio.**

<b>Trabajo 1</b> – Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)	Fecha de inicio del empleo
--	----------------------------

Nombre del empleador
----------------------

Dirección del empleador
-------------------------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Está esta persona en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana?
--	---

¿A esta persona se le paga por horas o salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si es por hora, ¿cuánto le pagan por hora? \$	Si es salario, ¿cuánto le pagan por periodo de pago? \$
---	--	--

¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto por período de pago? \$
--	--

¿Recibe esta persona bonificaciones y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto por período de pago? \$
--	--

¿Con que frecuencia le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____
---

Tipo de trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal
--	---

Si el empleo terminó, fecha en que terminó (mm/dd/aa)	Fecha del último cheque de pago	Cantidad del último cheque de pago \$
---	---------------------------------	--

¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---

Especifique todas las deducciones antes de impuestos que esta persona empleada haya sacado de sus cheques de pago para este trabajo.

Tipo de deducción antes de impuestos	¿Cuánto?	¿Con que frecuencia?
Cuenta de ahorros para cuidado infantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Seguro de vida grupal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Primas de seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

**BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET**

F-10182S

Página 24 de 42

**APP**

Cuenta de ahorro para la salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Costos de estacionamiento y tránsito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Contribuciones de jubilación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

<b>Trabajo 2</b> – Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)	Fecha de inicio del empleo (mm/dd/aa)
--	---------------------------------------

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Está esta persona en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana?
--	---

¿A esta persona se le paga por horas o salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si es por hora, ¿cuánto le pagan por hora? \$	Si es salario, ¿cuánto le pagan por periodo de pago? \$
---	--	--

¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto por período de pago? \$
--	--

¿Recibe esta persona bonificaciones y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto por período de pago? \$
--	--

¿Con que frecuencia le pagan a esta persona?

Semanalmente     Cada 2 semanas     Dos veces al mes     Una vez al mes

Otro, explique: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Título de trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal
--	---

Si el empleo terminó, fecha en que termino (mm/dd/aa)	Fecha del último cheque de pago	Cantidad del último cheque de pago \$
---	---------------------------------	--

¿Es esta persona un trabajador migrante?  
 Sí     No

*Especifique todas las deducciones antes de impuestos que esta persona empleada haya sacado de sus cheques de pago para este trabajo.*

Tipo de deducción antes de impuestos	¿Cuánto?	¿ Con qué frecuencia?
Cuenta de ahorros para cuidado infantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Seguro de vida grupal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

**BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET**

F-10182S

Página 25 de 42

**APP**

Primas de seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Cuenta de ahorro para la salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Costos de estacionamiento y tránsito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Contribuciones de jubilación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

<b>Trabajo 3</b> – Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)	Fecha de inicio del empleo (mm/dd/aa)
--	---------------------------------------

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Está esta persona en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana?
--	---

¿A esta persona se le paga por horas o salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si es por hora, ¿cuánto le pagan por hora? \$	Si es salario, ¿cuánto le pagan por periodo de pago? \$
---	--	--

¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto por período de pago? \$
--	--

¿Recibe esta persona bonificaciones y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuánto por período de pago? \$
--	--

¿Con que frecuencia le pagan a esta persona?

Semanalmente     Cada 2 semanas     Dos veces al mes     Una vez al mes

Otro, explique: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Título de trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal
--	---

Si el empleo terminó, fecha en que termino (mm/dd/aa)	Fecha del último cheque de pago	Cantidad del último cheque de pago \$
---	---------------------------------	--

¿Es esta persona un trabajador migrante?  
 Sí     No

*Especifique todas las N antes de impuestos que esta persona empleada haya sacado de sus cheques de pago para este trabajo.*

Tipo de deducción antes de impuestos	¿Cuánto es la deducción?	¿ Con qué frecuencia?
Cuenta de ahorros para cuidado infantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

**BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET**

F-10182S

Página 26 de 42

**APP**

Seguro de vida grupal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Primas de seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Cuenta de ahorro para la salud <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Costos de estacionamiento y tránsito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Contribuciones de jubilación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

**ADJUNTO 4A – EMPLEO POR CUENTA PROPIA**

**EMPLEO POR CUENTA PROPIA**

*Por favor, díganos acerca de cualquier ingreso por reemplazo por cuenta propia que usted y / o cualquier persona en su casa recibe. Si se necesita más espacio o tiene más de dos empleos por cuenta propia, utilice una hoja de papel separada.*

**Empleo por cuenta propia 1**

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia

Nombre del negocio

Dirección de negocio

Tipo de propiedad comercial

Asociación  Corporación S  Propietario único  No sé

Tipo de negocio (por ejemplo, una granja, guardería en el hogar)

Fecha de inicio del negocio

¿Este negocio ha presentado impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿para qué año fiscal presentó el negocio los últimos impuestos?

¿Ha tenido el negocio un cambio significativo en los ingresos o gastos?  Sí  No  No sé

En promedio, ¿cuánto gana este negocio al mes? Indíquenos los ingresos recibidos antes de deducir los gastos.

\$

En promedio, ¿cuáles son los gastos totales que este negocio tiene al mes? \$

En promedio, ¿cuántas horas al mes trabaja esta persona para este negocio?

**Empleo por cuenta propia 2**

Nombre de la persona que trabaja por cuenta propia

Nombre del negocio

Dirección de negocio

Tipo de propiedad comercial

Asociación  Corporación S  Propietario único  No sé

Tipo de negocio (por ejemplo, una granja, guardería en el hogar)

Fecha de inicio del negocio

¿Este negocio ha presentado impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿para qué año fiscal presentó los últimos impuestos el negocio?

¿Ha tenido el negocio un cambio significativo en los ingresos o gastos?  Sí  No  No sé

---

En promedio, ¿cuánto gana este negocio al mes? Indíquenos los ingresos recibidos antes de deducir los gastos. \$

---

En promedio, ¿cuáles son los gastos totales que este negocio tiene al mes? \$

---

En promedio, ¿cuántas horas al mes trabaja esta persona para este negocio?

---



**ADJUNTO 5A – SEGURO MÉDICO**

**SEGURO MÉDICO**

*Llene lo siguiente si alguien tiene seguro médico o de salud en la actualidad, o en los tres meses anteriores.*

Nombre del titular de la póliza	Número de póliza	Fecha de inicio
---------------------------------	------------------	-----------------

Nombre del plan (por ejemplo, "Plan Silver")

Nombre de la compañía de seguros

Dirección de la compañía de seguros

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Quién está o estaba cubierto por esta política (nombres de los miembros de la familia)?

¿Terminó esta cobertura en los últimos tres meses?  
 Sí       No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha finalizó la cobertura?	¿Por qué terminó la cobertura?
--	--------------------------------

¿Cubre este seguro los servicios de un médico?  
 Sí       No

¿Es / fue este seguro provisto por un empleador actual?  
 Sí       No

Si no, díganos la fuente del seguro.:

<input type="checkbox"/> Cobertura de continuación de COBRA	<input type="checkbox"/> Plan de salud para jubilados
<input type="checkbox"/> Plan de seguro privado	<input type="checkbox"/> TRICARE
<input type="checkbox"/> Empleo anterior	<input type="checkbox"/> Veterans Health Administration Programs
<input type="checkbox"/> Peace Corps (Cuerpo de paz)	

**En caso afirmativo, responda a todas las preguntas restantes de esta página.**

Si el seguro es a través de un empleador actual o anterior, ¿cuál es el nombre del empleador?

¿Cuál es la dirección del empleador?

¿Cuál es el Número Federal de Identificación del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés), si se conoce?

¿Es este seguro a través de un plan de beneficios para empleados estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cubre este seguro los servicios de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

**Planes de valor mínimo estándar** (Para obtener más información acerca de los planes de valor mínimo estándar, consulte la página 7.)

¿Ofrece este empleador un plan que cumpla con el valor mínimo estándar?  
 Sí       No       No sé

¿Cuál es el nombre del plan solo para empleados de menor costo que ofrece este empleador?

¿Cuánto cuestan las primas mensuales?

\$

¿Con qué frecuencia se deben pagar estas primas?

Semanal     Cada dos semanas     Mensual

**Cambios en el plan** (Díganos más sobre los cambios que este empleador puede hacer al seguro de salud si se ofrece el próximo año.)

¿Este empleador continuará ofreciendo seguro médico el próximo año?

Sí     No     No sé

¿Habrá algún cambio en las primas para el plan solo para empleados de menor costo que cumpla con el estándar de valor mínimo?

Sí     No     No sé

¿Cuánto costarán las nuevas primas de este plan?

\$  No sé

¿Con qué frecuencia se deben pagar estas primas?

Semanal     Cada dos semanas     Mensual

Nombre del titular de la póliza

Número de póliza

Fecha de inicio

Nombre del plan (por ejemplo, "Silver Plan")

Nombre de la compañía de seguros

Dirección de la compañía de seguros

Ciudad

Estado

Código postal

¿Quién está o estaba cubierto bajo esta póliza (nombres de los miembros de la familia)?

¿Termino esta cobertura en los últimos tres meses?

Sí     No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha en que terminó la cobertura?

¿Por qué terminó la cobertura?

¿Cubre este seguro los servicios de un médico?

Sí     No

¿Es / fue este seguro provisto por un empleador actual?

Sí     No

Si no, díganos la fuente del seguro:

Cobertura de continuación de COBRA

Plan de salud para jubilados

Plan de seguro privado

TRICARE

Empleo anterior

Veterans Health Administration Programs

Peace Corps (Cuerpo de paz)

**En caso afirmativo, responda a todas las preguntas restantes de esta página.**

Si el seguro es a través de un empleador actual o anterior, ¿cuál es el nombre del empleador?

¿Cuál es la dirección del empleador?

¿Cuál es el Número Federal de Identificación del Empleador (FEIN, por sus siglas en inglés), si se conoce?

¿Este seguro es a través de un plan de beneficios para empleados estatales?

Sí       No

¿Cubre este seguro los servicios de un médico?

Sí       No

**Planes de valor mínimo estándar** (para obtener más información sobre los planes estándar de valor mínimo, consulte la página 5.)

¿Ofrece este empleador un plan que cumpla con el valor mínimo estándar?

Sí       No       No sé

¿Cuál es el nombre del plan solo para empleados de menor costo que ofrece este empleador?

¿Cuánto cuestan las primas mensuales?

\$

¿Con qué frecuencia deben pagarse estas primas?

Semanal       Cada dos semanas       Mensual

**Cambios en el plan** (Díganos más sobre los cambios que este empleador puede hacer al seguro de salud si se ofrece el próximo año.)

¿Este empleador continuará ofreciendo seguro médico el próximo año?

Sí       No       No sé

¿Habrá algún cambio en las primas para el plan solo para empleados de menor costo que cumpla con el valor mínimo estándar?

Sí       No       No sé

¿Cuánto costarán las nuevas primas de este plan?

\$                                       No sé

¿Con qué frecuencia es necesario pagar estas primas?

Semanal       Cada dos semanas       Mensual

**ADJUNTO 5B – OTRAS OPCIONES DE SEGURO MÉDICO**

**OTRAS OPCIONES DE SEGURO MÉDICO**

*Si no cumple con las reglas para inscribirse en BadgerCare Plus, su información puede enviarse al Marketplace (también llamado Exchange). Ellos utilizarán las respuestas a estas y otras preguntas para tomar una decisión sobre si usted puede obtener ayuda para pagar el seguro médico privado. No tiene que responder a estas preguntas ahora, pero podría ayudarle a obtener una respuesta más rápido si su información se envía al Marketplace.*

*Sus respuestas no se utilizarán para tomar una decisión sobre sus beneficios de BadgerCare Plus.*

Indique los nombres de aquellos que podrían obtener un seguro médico de un trabajo en este momento, pero NO se han inscrito para ese seguro.

¿Tiene alguien fuera de la casa un seguro de un trabajo que cubriría a alguien en la casa, pero NO se ha suscrito a ese seguro?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cómo se llama esa persona? \_\_\_\_\_

Responda a la siguiente pregunta sobre el empleador que ofrece seguro médico.

Nombre del empleador	Número de identificación federal del empleador (FEIN) (si se conoce)
¿Se ofrece este seguro a través de un plan de beneficios para empleados estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del empleador (incluido el código de área)

Dirección del empleador (calle)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Nombre de la persona de contacto del empleador que puede responder preguntas sobre el seguro médico que ofrecen

Número de teléfono de contacto (incluido el código de área)	Correo electrónico de contacto
---	--------------------------------

**Suscripción al seguro** (díganos por qué no se ha inscrito en este seguro).

¿Cuál es la razón por la que no se inscribió en este seguro médico?

Hay un período de espera o de prueba  Otro, explique: \_\_\_\_\_

¿Se inscribirá en este seguro médico en los próximos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha en que comenzará el seguro?
--	---

**Planes de valor mínimo estándar** (para obtener más información sobre los planes de valor mínimo estándar, consulte la página 5.)

¿Ofrece este empleador un plan que cumpla con el valor mínimo estándar?

Sí  No  No sé

¿Cuál es el nombre del plan solo para empleados de menor costo que ofrece este empleador?

¿Cuánto cuestan las primas mensuales? \$	¿Con qué frecuencia es necesario pagar estas primas? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual
---	---

**ADJUNTO 6 – INFORMACIÓN SOBRE LOS IMPUESTOS**

**DECLARANTE DE IMPUESTOS (TAX FILER)**

Indique la información de cada persona en su hogar que espera presentar impuestos por los ingresos que obtendrá este año. Si está casado y presenta una declaración conjunta, solo necesita llenar una sección para ambos declarantes.

**Nombre del declarante 1**

Nombre del cónyuge (si está casado y presentando conjuntamente)

Estado de presentación de impuestos

Soltero o jefe de familia       Casado que presenta una declaración conjunta       Casado que presenta una declaración por separado

¿Será este declarante reclamado como dependiente por alguien fuera de la casa?

Sí       No

Dependientes de impuestos: enumere los dependientes que este declarante de impuestos reclamará en sus impuestos. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

**Nombre del dependiente fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino       Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí       No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí       No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí       No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí       No

**Nombre del dependiente fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino       Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí       No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí       No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí       No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí       No

**Nombre del dependiente fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino       Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí       No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

**Nombre del dependiente fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

**Nombre del declarante 2**

Nombre del cónyuge (si está casado y presentando conjuntamente)

Estado de presentación de impuestos

Soltero o jefe de familia  Casado que presenta una declaración conjunta  Casado que presenta una declaración por separado

¿Será este declarante reclamado como dependiente por alguien fuera de la casa?

Sí  No

Dependientes de impuestos: enumere los dependientes que este declarante de impuestos reclamará en sus impuestos. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

**Nombre del declarante fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

**Nombre del declarante fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

**Nombre del declarante fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

**Nombre del dependiente fiscal**

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$12,400 en ingresos ganados este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente tenga más de \$1,100 en ingresos no ganados este año? (No incluya sustento de menores, Social Security, Supplemental Security Income, Worker's Compensation, Veterans Benefits ni obsequios / dinero de otra persona.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera de la casa?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

**ADJUNTO 7 – SOLICITUD DE AYUDA PARA PAGAR LOS GASTOS MÉDICOS**

Si el seguro no ha pagado sus gastos médicos o servicios de planificación familiar de los últimos tres meses, puede solicitar la cobertura de Badger Care Plus o de Family Planning Only Services para pagar esos gastos. Si cumple con todas las normas del programa en esos meses, puede obtener BadgerCare Plus y Family Planning Only Service a partir de los tres meses anteriores al mes de su solicitud. El mes de solicitud es el mes en que su agencia recibe su solicitud.

Nota: Solicitar esta cobertura de BadgerCare Plus o de Family Planning Only Services no garantiza que se le inscriba para los meses solicitado.

Si hay algún cambio en los tres meses anteriores a su mes de solicitud, anote los cambios a continuación para cada mes. Estos cambios pueden incluir: su dirección, quién vive en el hogar, los ingresos y el seguro médico. Deberá presentar una prueba de ingresos para cualquiera de los tres meses en los que solicite la cobertura de BadgerCare Plus o de Family Planning Only Services.

---

Marque el (los) tipo (s) de cobertura que solicita.

BadgerCare Plus     Family Planning Only Services

---

¿En qué fecha desea que comience la cobertura? **Nota:** Esta fecha no puede ser superior a tres meses.

---

**1. ¿Está pidiendo ayuda para pagar los gastos de servicios médicos y / o de planificación familiar únicamente del mes anterior al mes en el que está solicitando?**

Sí     No

---

En caso afirmativo, ¿la información que proporcionó en su solicitud es la misma en ese mes?

Sí     No

Si no, describa los cambios.

---

Si sus ingresos fueron diferentes, ¿cuál es el total de los ingresos familiares brutos para este mes?

---

**2. ¿Está solicitando ayuda para pagar los gastos de servicios médicos y / o de planificación familiar únicamente de los dos meses anteriores al mes en que presenta la solicitud?**

Sí     No

---

En caso afirmativo, ¿la información que proporcionó en su solicitud es la misma en ese mes?

Sí     No

Si no, describa los cambios.

---

Si sus ingresos fueron diferentes, ¿cuál es el total de los ingresos familiares brutos para este mes?

---

**3. ¿Está solicitando ayuda para pagar los gastos de servicios médicos y / o de planificación familiar únicamente de los tres meses anteriores al mes en que presenta la solicitud?**

---

En caso afirmativo, ¿la información que proporcionó en su solicitud es la misma en ese mes?

Sí     No

Si no, describa los cambios.

---

---

Si sus ingresos fueron diferentes, ¿cuál es el total de los ingresos familiares brutos para este mes?

---

<b>FIRMA</b> – Solicitante / Representante Autorizado
---

Fecha de la firma
-------------------

**ADJUNTO 8 – ACTIVOS (SOLO PARA PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICARE)**

Este formulario debe llenarse sólo si alguien en su hogar recibe la Parte A y/o la Parte B de Medicare y usted desea solicitar el Medicare Savings Program (también llamado Medicare Premium Assistance o programa Buy-In). Debe enumerar todos los bienes de su familia. Incluya los activos que posea conjuntamente con cualquier otra persona. No incluya el valor de las pertenencias personales del hogar (televisores, muebles, electrodomésticos). No enumere la información del vehículo de motor en esta sección. Los activos incluyen partidas tales como efectivo, cuentas de cheques o de ahorro, certificados de depósito, tarjetas de débito prepagadas, fondos fiduciarios, acciones, bonos, cuentas de jubilación, intereses en anualidades, bonos de ahorro de EE.UU., acuerdos de propiedad, contratos de escrituras, multipropiedad, propiedades de alquiler, patrimonios de vida, ganado, herramientas, maquinaria agrícola, planes Keogh u otros refugios fiscales, propiedad personal que se mantiene con fines de inversión, etc.

**NOTA:** Se le pedirá que proporcione una prueba de todos sus activos. Ejemplos de prueba incluyen una copia de su estado de cuenta bancario que muestra el valor de su cuenta bancaria en la fecha en que se llenó la solicitud, o algo que muestra el valor nominal y el valor en efectivo de su póliza de seguro de vida. Utilice una hoja de papel adicional si se necesita más espacio.

Tipo de activo (Ver arriba)	Nombre del propietario(s)	Monto actual en dólares	Nombre del banco / institución financiera	Número de cuenta
		\$		
		\$		
		\$		

**ACTIVOS DE ENTIERRO**

*Indique todos los activos de entierro.*

Tipo de activos de entierro	Nombre del propietario(s)	Valor
Seguro de entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Fideicomiso irrevocable de entierro (lo que significa que no puede ser devuelto ni modificado): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otro* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Otros ejemplos podrían ser una lápida, un ataúd, un marcador o los gastos de apertura y cierre.		\$

**INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO**

*Indique todos los vehículos de motor. Incluya los vehículos de propiedad comunal.*

**Vehículo 1**

Tipo de vehículo	Año	Marca	Modelo
Cantidad adeudada en el vehículo \$		Valor justo de mercado* \$	

**Vehículo 2**

Tipo de vehículo	Año	Marca	Modelo
Cantidad adeudada en el vehículo \$		Valor justo de mercado* \$	

\*Por valor justo de mercado, nos referimos al precio por el que podría vender el vehículo en este momento. Buscar el valor del Libro Azul del vehículo en línea en ([www.kbb.com/whats-my-car-worth](http://www.kbb.com/whats-my-car-worth)) es una buena forma de averiguarlo.

**SEGURO DE VIDA**

*Díganos sobre cualquier seguro de vida que usted y / o su familia tengan.*

¿Tiene usted o algún miembro de su familia alguna póliza de seguro de vida?

Sí       No

En caso afirmativo, llene la siguiente sección.

Nombre del propietario(s)	Valor de rescate en efectivo*	Valor nominal**
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

\*Por valor de rescate en efectivo, nos referimos a la cantidad que obtendrá si cancela la póliza.

\*\*Por valor nominal, nos referimos al beneficio mínimo que se paga en caso de fallecimiento. En la mayoría de los casos, se trata de la cantidad que figura en la póliza.

**ADJUNTO 9 – MIEMBRO DE FAMILIA INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA**

**TRIBU RECONOCIDA POR EL GOBIERNO FEDERAL**

¿Alguien es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?

Sí       No

En caso afirmativo, enumérelos a continuación.

Nombre de la persona	Nombre de la tribu

**INGRESOS TRIBALES NO RELACIONADOS CON JUEGOS DE AZAR (NON-GAMING TRIBAL INCOME)**

Es posible que algunos tipos de ingresos tribales no se tengan en cuenta para BadgerCare Plus. Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
- Pagos procedentes de los recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indígenas por el Department of Interior (incluidas las reservas y las reservas anteriores)
- Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

Los pagos tribales per cápita procedentes de las actividades de juego se toman en cuenta para BadgerCare Plus, por lo que no deben indicarse aquí.

Nombre de la persona que recibe ingresos	Cantidad	Tipo de ingresos	Con qué frecuencia se paga
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

**ADJUNTO 10 – INGRESOS ANUALES**

Llene sólo si los ingresos de alguien cambian de un mes a otro. Si no sabe la cantidad exacta, utilice su mejor estimación o escriba "No sé".

Nombre de la persona	¿Cuáles son los ingresos previstos para este año?	¿Cuáles son los ingresos previstos para para el próximo año ?
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

**DECLARACION DE IDENTIDAD PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD**  
**STATEMENT OF IDENTITY FOR CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE**

Esta Declaración podría ser usada solamente para satisfacer la nueva regla de prueba de **identidad** de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/family planning services para niños menores de 18 años de edad. Esta declaración no podría ser usada para satisfacer la regla de prueba de ciudadanía de los programas de Medicaid/BadgerCare Plus/Family Planning Only Services.

**Instrucciones:** En el espacio provisto a continuación, haga una lista de todos los niños menores de 18 años de edad en su hogar para quienes usted es el padre/madre de familia, guardián o pariente provisional. Para cada niño en su lista, incluya la fecha de nacimiento del niño y el lugar de nacimiento (ciudad, estado y país). **Complete, firme y devuelva esta declaración a su oficina local de Medicaid/BadgerCare Plus/ Family Planning Only Services**

Nombre Completo del Niño (Nombres y Apellidos)	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

Información identificable personalmente se usará solamente para la administración directa del Programa Medicaid.

**Al firma esta declaración, certifico bajo pena de perjurio y juramento falso, que la información que he dado es correcta y completa de acuerdo a mi mejor saber y entender. Yo comprendo que la agencia local podría ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para confirmar la exactitud de mi declaración.**

**FIRMA** \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_  
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)

Escriba su nombre en letras de molde \_\_\_\_\_ Número de Caso \_\_\_\_\_  
(Padre/madre de familia, guardián, pariente provisional)

## INFORME DE CAMBIO DE INFORMACIÓN INFORMATION CHANGE REPORT

### BadgerCare Plus

Si usted está inscrito en BadgerCare Plus, tiene que informar sobre los siguientes tipos de cambios a más tardar 10 días después de ocurrido el cambio:

- Usted se muda a una nueva dirección o fuera del estado.
- Alguien se muda dentro o fuera de su casa, alguien queda embarazada o da a luz.
- Sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo, lo encarcelan o es admitido en un hogar de ancianos u otra institución).
- Se casa o se divorcia.
- Alguien en su casa tiene un cambio en el seguro de salud.
- Alguien en su casa tiene un cambio en el estado civil de la declaración de impuesto esperado o en los dependientes fiscales o ya no tiene una deducción de impuestos que él o ella previamente reportaba.

Si tiene un cambio en los ingresos que hace que su ingreso bruto mensual sobrepase el límite del programa BadgerCare Plus, tiene que informar dicho cambio para el día 10 del mes siguiente.

Cuando se inscribe en BadgerCare Plus o si usted tiene un cambio en los beneficios, recibirá un aviso por correo con los límites del programa de acuerdo al tamaño de su familia. Siempre debe ver en su aviso más reciente para la información más actualizada.

### Family Planning Only Services

Si está inscrito en Family Planning Only Services, tiene que informar sólo los siguientes tipos de cambios a más tardar 10 días después de ocurrido el cambio:

- Usted se muda a una nueva dirección o fuera del estado.
- Sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo, lo encarcelan o entra en un hogar de ancianos u otra institución).

Puede informar los cambios que señaló anteriormente mediante este formulario, llamando a su agencia, o en línea en [ACCESS.wi.gov](http://ACCESS.wi.gov). Si utiliza este formulario para informar los cambios, una vez que usted haya completado y firmado el formulario, deberá enviarlo por correo o fax:

Si usted vive en el condado de Milwaukee:  
MDPU  
PO Box 05676  
Milwaukee WI 53205  
Fax: 1-888-409-1979

Si usted **no** vive en el condado de Milwaukee:  
CDPU  
PO Box 5234  
Janesville, WI 53547-5234  
Fax: 1-855-293-1822

Si este formulario no proporciona suficiente espacio para describir un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional.

Nombre – miembro (apellido, nombre inicial)	Número de caso o Número de Seguro Social
---	--

**CAMBIO EN LA DIRECCIÓN**

Utilice esta sección para informar una nueva dirección si usted se mudó.

Nueva dirección postal

Ciudad	Estado	Código postal
Nuevo número de teléfono	Fecha del cambio (mes/día/año)	

**CAMBIO EN EL HOGAR**

Utilice esta sección para informar si alguien se mudó dentro o fuera de su casa, se casó, se quedó embarazada o dio a luz. Si alguien se quedó embarazada, díganos quien es, la fecha de dar a luz y el número de bebés que espera.

Nombre (apellido, nombre inicial)	Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Parentesco con usted	Fecha del cambio (mes/día/año)

Describa el cambio

**CAMBIO EN LOS INGRESOS**

Utilice la sección A para informar cambios en los ingresos de un empleo o trabajo por cuenta propia o de fuentes que no sean de un trabajo, como Seguridad Social o seguro de desempleo. Llenar la sección B Si alguien en su hogar perdió un trabajo o la sección C si alguien en su casa consiguió un nuevo trabajo.

**A. Cambios en los ingresos de cualquier fuente**

Nombre (apellido, nombre inicial)	Fuente de ingreso
-----------------------------------	-------------------

¿Qué cambió?

Fecha del cambio (mes/día/año)	Nueva cantidad de ingresos \$	¿Con qué frecuencia se le paga?
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

**B. Pérdida de empleo**

Nombre (apellido, nombre inicial)	Nombre – empleador	Fecha en que termino el empleo (mes/día/año)
Fecha de último cheque de pago (mes/día/año)	Cantidad de último cheque \$	

**C. Trabajo nuevo**

Nombre (apellido, nombre inicial)	Fecha en que comenzó el trabajo (mes/día/año)
Nombre – empleador	Número de teléfono

Dirección postal – empleador

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Está la persona en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Horas que trabaja por semana
--	------------------------------

<input type="checkbox"/> Pago por hora	Cantidad por hora \$	<input type="checkbox"/> Pago de salario	Cantidad por período de pago \$
--	-------------------------	--	------------------------------------

¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí – cantidad por periodo de pago \$
---	---

¿Recibe esta persona bonificaciones y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí – cantidad por periodo de pago \$
--	---

¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona?  
 Semanalmente     Cada 2 semanas     Dos veces al mes     Una vez al mes     Otra – Explique a continuación

Tipo de trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

*Indique todas las deducciones antes de los impuestos que esta persona ha sacado de sus cheques de pago para este trabajo.*

Tipo de deducción antes de impuestos	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros de cuidado de niños	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de vida colectivo	\$	
<input type="checkbox"/> Primas de seguro de salud	\$	
<input type="checkbox"/> Cuentas de ahorro de salud	\$	
<input type="checkbox"/> Costos de estacionamiento y tránsito	\$	
<input type="checkbox"/> Contribuciones de jubilación	\$	

**CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DE LOS IMPUESTOS**

Utilice esta sección para informar si alguien en su casa tuvo un cambio en el estado civil de la declaración de impuesto esperado o en los dependientes fiscales. Si la persona es casada y presenta una declaración conjunta, sólo necesita completar la información para uno de los cónyuges. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel con la información adicional.

Nombre (apellido, nombre inicial)

Nombre – conyugue si presenta una declaración conjunta (apellido, nombre inicial)

¿Espera esta persona declarar impuestos para ingresos que él o ella obtendrá este año?

Sí  No

Si responde sí, ¿cuál es el estado civil de la declaración de impuestos?

Soltero(a)  Casado(a) presenta declaración conjunta  Casado(a) presenta declaración por separado

¿Va a ser este contribuyente reclamado como dependiente por alguien fuera del hogar?

Sí  No

*Indique los dependientes que esta persona va a reclamar en sus impuestos.*

Nombre – dependiente fiscal (apellido, nombre inicial)

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$6,300 en ingresos este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$1,050 en ingresos no ganados (rentas) este año? [No incluye sustento de menores, Seguro Social, Supplemental Security Income (SSI), compensación de trabajadores, o beneficios de veteranos.]

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

Nombre – dependiente fiscal (apellido, nombre inicial)

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$6,300 en ingresos este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$1,050 en ingresos no ganados (rentas) este año? (No incluye sustento de menores, Seguro Social, Supplemental Security Income (SSI), compensación de trabajadores, o beneficios de veteranos.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

Nombre – dependiente fiscal (apellido, nombre inicial)

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino  Femenino

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$6,300 en ingresos este año?

Sí  No

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$1,050 de ingresos no ganados (rentas) este año? (No incluye sustento de menores, Seguro Social, Supplemental Security Income (SSI), compensación de trabajadores, o beneficios de veteranos.)

Sí  No

¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar?

Sí  No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí  No

**OTROS CAMBIOS**

Utilice este espacio para informar otros cambios.

Entiendo que hay sanciones por ocultar información o dar información falsa. También entiendo que voy a tener que reembolsar los beneficios que reciba por no informar cambios por completos de mis circunstancias. Estoy de acuerdo en proporcionar prueba de cualquier cambio si así lo solicitan. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

**FIRMA** – Miembro

Fecha de la firma (mes/día/año)