

# BADGERCARE+

## DOCUMENTACIÓN DE SOLICITUD

### BADGERCARE PLUS APPLICATION PACKET

Esta es una solicitud para BadgerCare Plus y Family Planning Only Services. Usted puede solicitar:

- Por Internet en [ACCESS.wi.gov](http://ACCESS.wi.gov). Haga clic en “Apply for Benefits” (Solicitud para Beneficios).
- Por correo o fax: Complete esta solicitud, envíela 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

- Por teléfono o en persona: Usted 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 **1-800-362-3002**, o vaya a [dhs.wi.gov/em/customerhelp](http://dhs.wi.gov/em/customerhelp)

Si tiene una discapacidad o requiere esta información interpretada/traducida o en un formato alternativo, contacte a su agencia. Estos servicios son gratuitos.

#### ACCESS – SOLICITUD POR INTERNET

ACCESS es una opción por Internet que le permite solicitar beneficios, verificar el estatus de sus beneficios o reportar cambios a su trabajador. Para visitar ACCESS, vaya a [ACCESS.wi.gov](http://ACCESS.wi.gov).

A través de ACCESS, también puede solicitar los beneficios de FoodShare de Wisconsin, que es un programa que ayuda a las personas a comprar alimentos nutritivos. (Para más información sobre FoodShare, llame al 1-800-362-3002 o vaya a [dhs.wi.gov/em/customerhelp](http://dhs.wi.gov/em/customerhelp).)

#### COMO USAR ESTE FORMULARIO/LISTA DE VERIFICACIÓN

- Lea las secciones Información Importante, Derechos y Deberes antes de hacer su solicitud.
- Guarde las páginas del 1 al 6 y el Reporte de Cambios de BadgerCare Plus (Adjunto 12) para uso en el futuro.
- Escriba claro y en letra de molde, use tinta azul o negra.
- Lea cualquier instrucción antes de responder a la pregunta.
- Complete todas las secciones que correspondan a usted y a su familia. Si la solicitud no está completa puede haber un retraso en la recepción de los beneficios de BadgerCare Plus.

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 lo que necesitará proporcionar. Adjunte a su solicitud cualquier prueba, documentación adicional u hojas de papel utilizado para completar la solicitud. Favor de enviar los documentos originales.
- Si está actuando en nombre de un solicitante, incluya el formulario Authorized Representative (F-10126S - Representante Autorizado) o la documentación legal que le permite ser el tutor designado o tener poder notarial para las finanzas. Para obtener este formulario, llame al 1-800-362-3002 o vaya a [dhs.wi.gov/em/customerhelp](http://dhs.wi.gov/em/customerhelp).
- 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 quiere solicitar los beneficios de FoodShare, complete el Adjunto 13. (Para más información ver la S 5.)

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Lo siguiente es información importante que usted necesitará saber sobre la solicitud de BadgerCare Plus.

- Es importante que usted haga su solicitud tan pronto como sea posible ya que la fecha de su solicitud es la fecha en que la agencia recibe su solicitud firmada.
- Las mujeres embarazadas y las personas con ingresos por debajo de ciertos límites que hayan tenido facturas médicas durante cualquiera de los tres meses anteriores a la fecha de su solicitud, podrían obtener “cobertura retroactiva”. Si desea solicitar cobertura retroactiva, llene el Adjunto 9; Solicitud para Cobertura Retroactiva y envíelo con su solicitud completa.
- Si usted está inscrito en BadgerCare Plus, necesitará completar una renovación con su agencia cada 12 meses para permanecer inscrito.
- Su solicitud para BadgerCare Plus es también una solicitud de ayuda con el pago de seguro de salud privado a través del Health Insurance Marketplace federal. Si usted no cumple con las reglas para inscribirse en BadgerCare Plus o Medicaid, su información podría ser enviada al Marketplace. Si esto ocurre, el Marketplace se pondrá en contacto con usted para saber si usted puede obtener ayuda con el pago de seguro de salud privado. Para saber más sobre el Marketplace, visite <https://www.cuidadodesalud.gov/> o llame al 1-800-318-2596 o al 1-855-889-4325 (TTY).

## **ACCESO AL GRUPO DE SEGURO DE SALUD DE SU EMPLEADOR**

Si hay un seguro de salud patrocinado por su empleador disponible, es posible que usted no pueda obtener BadgerCare Plus.

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

## **DEDUCIBLE DE BADGERCARE PLUS**

Si usted 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(a) no se puede inscribir debido a que él/ella 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 1-800-362.3002 o vaya a [dhs.wi.gov/em/customerhelp](https://dhs.wi.gov/em/customerhelp).

## **COBERTURA MÉDICA ADICIONAL**

Como una condición de inscripción en BadgerCare Plus, usted debe reportar 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.

## **INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL/NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)**

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

Si alguien en su familia no está solicitando los beneficios BadgerCare Plus, usted no necesitará proporcionar información sobre el Número de Seguro Social (SSN) de esa persona. Cualquier persona que quiera obtener los beneficios de BadgerCare Plus, pero no proporciona un SSN o solicita uno no puede inscribirse en BadgerCare Plus, de acuerdo con Wisconsin Statutes § 49.82(2).

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

Su SSN permite una verificación computarizada de su información con agencias gubernamentales tales como el Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, Department of Revenue, Department of Transportation y el Department of Workforce Development. Además, el Department of Health and Family Services comparará su nombre y su SSN con la información proporcionada por las compañías de seguro médico para determinar si usted tiene un seguro de salud adicional.

Su SSN no será compartido con el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).

## **COOPERACIÓN CON INFORMACIÓN SOBRE EL SUSTENTO DE MENORES**

En algunas situaciones, usted tendrá que cooperar con la Agencia de Sustento de Menores (Child Support Agency) para establecer paternidad. Esto quiere decir que usted debe ayudar a la agencia, a localizar un padre ausente, nombrar legalmente al padre ausente y/o hacer cumplir las órdenes de responsabilidad de sustento médico. Si usted no coopera con la Agencia de Sustento de Menores y no tiene una buena justificación, sus beneficios podrían ser cancelados si usted es una persona adulta y no está embarazada.

## **RECUPERACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE BADGERCARE PLUS**

La ley estatal de Wisconsin provee la recuperación de ciertos beneficios de BadgerCare Plus que usted haya recibido por error. La ley también requiere la recuperación de ciertos beneficios de Medicaid de su patrimonio o del patrimonio de su cónyuge sobreviviente. El Manual de Recuperación de Patrimonio de Wisconsin ([Wisconsin Estate Recovery Program Handbook - P-13032](#)) proporciona información sobre la recuperación de patrimonio. Usted puede obtener una copia de su agencia, contactando a Servicios para Miembros al 1-800-362-3002 o en [dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p13032.pdf](https://dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p13032.pdf). Ciertos beneficios que usted recibe en la comunidad después de cumplir 55 años de edad y todos los beneficios que usted reciba después de cumplir 55 años de edad, mientras participa en un programa de cuidado a largo plazo, vive en un hogar de ancianos o mientras esté interno en un hospital por 30 días o más, son recuperables.

## **DERECHOS**

Leyes estatales y federales garantizan los derechos para cada persona que solicita ser inscrita en BadgerCare Plus, los mismos 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**

Usted puede apelar con la Division of Hearings and Appeals del estado o por medio a su agencia local si:

- Su solicitud de BadgerCare Plus fue negada por error,
- Su solicitud no fue procesada dentro de 30 días a partir de la fecha en que la agencia la recibió,
- Usted 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.

### **Usted puede solicitar una audiencia imparcial al escribir a:**

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

O llamar al: (608) 266-3096

El formulario "Solicitud de Audiencia Imparcial" (Request for Fair Hearing) se puede encontrar en [dhs.wi.gov/em/customerhelp](https://dhs.wi.gov/em/customerhelp).

Si usted decide escribir una carta en vez de usar el formulario, tiene que incluir:

- Su nombre,
- Su dirección,
- Una descripción breve del problema,
- El nombre de la agencia,
- Su Número de Seguro Social, y
- Su firma.

Su apelación debe incluir los hechos importantes de la situación y su número de caso de BadgerCare Plus. Una apelación se tiene que hacer a más tardar 45 días después de la fecha de la acción.

Usted también puede ponerse en contacto con la agencia donde usted hizo su solicitud y pedir ayuda para presentar una solicitud de Audiencia Imparcial. Consulte el manual ForwardHealth Enrollment and Benefits (Manual de Inscripción y Beneficios de ForwardHealth, (P-00079), para más información sobre el proceso de audiencia imparcial. Usted recibirá un manual cuando la agencia reciba su solicitud o usted puede encontrar el manual en [dhs.wi.gov/em/customerhelp](https://dhs.wi.gov/em/customerhelp).

## DEBERES

Reporte de Fraude a la Asistencia Pública – vaya a <https://www.reportfraud.wisconsin.gov/> o llame al 1-877-865-3432 (línea gratuita).

Usted tiene el deber de proporcionar información veraz y completa en esta solicitud, en los documentos adjuntos o en cualquier otro formulario(s) necesario para la inscripción en el programa de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services.

## REPORTAR CAMBIOS BadgerCare Plus

Si está inscrito en BadgerCare Plus, usted tiene que reportar los siguientes cambios dentro 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 casa, o si alguien sale embarazada o da a luz.
- Si sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo: si se va a un hogar de ancianos o a otra institución).
- Si su ingreso neto mensual sobrepasa el límite del programa para el tamaño de su familia.
- Si usted se casa o se divorcia.
- Hay un cambio en la cobertura de seguro de salud.
- Hay un cambio esperado en el estatus de la declaración de impuestos o en los dependientes para fines de impuestos.
- Usted ya no tiene la deducción relacionada con los impuestos que nos informó.

Si ha habido un cambio en sus ingresos y su ingreso neto mensual sobrepasa el límite del programa para el tamaño de su familia, usted tiene que reportar el cambio para el décimo día del mes siguiente.

El límite de los ingresos del programa para el tamaño de su familia estará en las cartas de inscripción de BadgerCare Plus. 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 reportar estos cambios dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado, o
- Si sus arreglos de viviendas cambian (por ejemplo, ha sido encarcelado, se mudó a un hogar de ancianos u otra institución.)



**Nota:** Si usted se muda fuera del estado y no reporta que se mudó dentro de 10 días, usted será responsable de reembolsar al programa de BadgerCare Plus por cualquier pago que se hayan hecho a su HMO. Por ejemplo, si BadgerCare Plus pagó a su HMO \$475 por mes, la cantidad de sobrepago que usted tendrá que re-embolsar a BadgerCare Plus es de \$475 por cada mes que se le pagó al HMO, aún si usted no usó su tarjeta de ForwardHealth.

## COMO REPORTAR CAMBIOS

Reporte cambios por Internet en [ACCESS.wi.gov](https://ACCESS.wi.gov), al llamar a su agencia local o puede usar el formulario de Reporte de Cambios de BadgerCare Plus (BadgerCare Plus Change Report form (Adjunto12).

## PRUEBA / VERIFICACIÓN

Usted necesitará proporcionar prueba de cierta información. A continuación se encuentran algunos ejemplos de pruebas que puede utilizar.

## PRUEBA DE CIUDADANÍA / IDENTIDAD

Las personas que soliciten BadgerCare Plus o Family Planning Only Services pueden que tengan que proporcionar pruebas de su identidad, estatus de ciudadanía y/o de inmigrante. Si usted ya ha proporcionado estas pruebas no necesita proporcionarlas de nuevo.

## CIUDADANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si usted 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, o
- Certificado de Naturalización de los Estados.

Si usted no tiene ninguno de los artículos en la Lista 1, usted tiene que proporcionar un artículo de la Lista 2 y otro 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 de los Estados Unidos,
- Documentos de adopción que muestren nacimiento en los Estados Unidos,
- Registro de hospital de nacimiento en los Estados Unidos,
- Registro de Servicio Militar en los Estados Unidos,
- Registro de seguro de vida o médico que muestre nacimiento en los Estados Unidos, o
- Documentos de admisión en un hogar de ancianos que muestren 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 o registro de reclutamiento que muestre nacimiento en los Estados Unidos,
- Tarjeta de identificación escolar con fotografía, o
- Para niños menores de 18 años de edad, formulario firmado de una Declaración de Identificación (Statement of Identity form). (Adjunto 8 de esta solicitud.)

Si tiene estos artículos disponibles el día que presenta su solicitud (en papel o por Internet en [ACCESS.wi.gov](http://ACCESS.wi.gov)), inclúyalos con su solicitud. Usted será contactado por la agencia y le pedirán que proporcione prueba de la información que falte, que sea conflictiva o vaga, si dicha información afectará la decisión sobre su inscripción en BadgerCare Plus o Family Planning Only Services.

## **INMIGRANTES**

Si usted es un inmigrante que solicita BadgerCare Plus, usted tiene que enviar una copia de la documentación de INS/USCIS que muestre su estatus de inmigrante.

**Nota:** Los inmigrantes indocumentados sólo pueden recibir coberturas para los servicios de cuidado de salud de emergencia. Mujeres embarazadas inmigrantes puedan inscribirse en BadgerCare Plus Prenatal Services (Servicios Prenatales de BadgerCare Plus).

## **PRUEBA DE INGRESO**

### **Ingresos de Trabajo y Salarios**

Algunos solicitantes que tienen un puesto de trabajo tienen que proporcionar pruebas de sus ingresos. Esta información se puede proporcionar en el formulario Employer Verification of Earnings (EVF-E) o puede usar los talonarios de cheques que usted haya obtenido en los últimos 30 días. Si desea obtener un formulario llame a su agencia local. Si ya está inscrito, se espera que usted proporcione prueba de esta información en su revisión anual y cuando cambie de trabajo.

### **Empleo por Cuenta Propia**

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

### **Otros Ingresos**

Usted 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 usted tal vez tenga que proporcionar pruebas.

- Gastos médicos para cumplir con un deducible,
- Documentación para personas con Poder Notarial (Power of Attorney) y Custodia (Guardianship),
- Activos. (Sólo para aquellos que soliciten el Medicare Savings Program.)

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

## **OTROS PROGRAMAS**

### **El Medicare Savings Program**

Si usted o alguien en su casa recibe Medicare Parte A y/o B, es posible que usted o esta persona obtenga ayuda con el pago de sus primas, copagos y deducibles de Medicare.

Esto se llama el Medicare Savings Program. Para saber si usted se puede inscribir en el programa, usted necesitará completar el Adjunto 9 – Activos y proporcionar pruebas de estos Activos.

### **FoodShare Wisconsin**

El programa FoodShare de Wisconsin fue creado para ayudar a parar el hambre y para mejorar la salud y la nutrición. FoodShare ayuda a las personas de escasos recursos a comprar los alimentos que ellos necesitan para disfrutar de buena salud.

Para iniciar una solicitud de FoodShare, complete el Adjunto 3 o vaya a [ACCESS.wi.gov](http://ACCESS.wi.gov) haga clic en “Apply for Benefits” (Solicitar para Beneficios).

Para más información sobre el programa FoodShare de Wisconsin, visite [dhs.wi.gov/em/customerhelp](http://dhs.wi.gov/em/customerhelp).

### **CLAVE DE CODIGOS**

Los siguientes códigos de raza/origen étnico se deben usar en las secciones 1 y 3 de la solicitud.

La información sobre la raza/origen étnico es voluntaria y no se utilizará para tomar una decisión sobre sus beneficios.

#### **Códigos de Raza / Origen Étnico**

- A = Asiático
- B = Negro
- H = Origen Hispano
- I = Indio Americano / Nativo de Alaska
- P = Nativo de Hawái / De la Isla del Pacífico
- S = Sudeste Asiático
- W = Blanco

### **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).

Se requiere que algunos empleadores le den a sus empleados una carta que diga si su plan cumple con el valor mínimo estándar. O bien, puede ir a [https://www.healthcare.gov/downloads/ECT\\_Application\\_508\\_130615.pdf](https://www.healthcare.gov/downloads/ECT_Application_508_130615.pdf) para obtener un formulario que puede darle al empleador para ayudarlo a obtener más información.

Si su empleador ofrece un plan que cumple con el valor mínimo estándar, las preguntas en la sección del MVSP 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 usted está inscrito en un plan que cuesta más que el plan de menor costo sólo para empleados, aún debe decirnos sobre el plan de menor costo en el Adjunto 5b

### **DISCRIMINACIÓN**

El Department of Health Services es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Toda persona que solicite o reciba beneficios está protegida en contra de cualquier discriminación basada en raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo o religión. Leyes estatales y federales requieren que todos los beneficios de cuidado de salud de BadgerCare Plus se proporcionen en forma no discriminatoria.

Para preguntas sobre derechos civiles, llame al (608) 266-9372 (voz) o al 1-888-701-1251 (TTY).

Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con:

Wisconsin Department of Health Services  
Affirmative Action/Civil Rights  
Compliance Office  
1 W. Wilson, Room 555  
Madison, WI 53707-7850

Teléfono: (608) 266-9372 (voz)  
(888) 701-1251 (TTY)  
(608) 267-2147 (fax)

### **O**

U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights – Region V  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601

Teléfono: (800) 368-1019 (voz) o  
(800) 537-7697 (TTY)

Fax (312) 886-1807

## SOLICITUD PARA

### Instrucciones

- Use tinta azul o negra
- Escriba todas las fechas en el formato mes/día/año (por ejemplo 04/02/58)
- Guarde las páginas del 1 al 6 y el "Reporte de Cambios de BadgerCare Plus" (BadgerCare Plus Change Report) (Adjunto 12) para uso en el futuro.
- Los códigos de Raza u Origen Étnico son opcionales. Los códigos están en la página 6.

### For County or Tribal Agency Use Only

Case Number \_\_\_\_\_

Date Received \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN SOBRE EL 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 usted, el solicitante, solicitando para BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está usted solicitando para Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita usted ayuda con el pago por cuidado de salud en algunos de los tres meses anteriores, para alguien en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," complete el formulario de Solicitud de Cobertura Retroactiva (Adjunto 7).			
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Código de raza o grupo étnico (consulte la página 6)	¿En qué idioma desea que se imprimen sus cartas? <input type="checkbox"/> Inglés o <input type="checkbox"/> Español	
¿Qué idioma se habla en su casa?			
¿Hay alguien en su casa ciego, discapacitado o que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
¿Es usted miembro o hijo de un miembro de una Tribu de Indios Americanos y/o Nativos de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es usted elegible para recibir cuidado médico de los Indian Health Services o en una clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 10.			
¿Ha recibido servicios de los Indian Health Services, clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### Responda las dos preguntas siguientes sólo si usted solicita los beneficios de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services

¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál es su número de registro de extranjero (Alien Registration Number)?
--	--

### Declaración de impuestos

¿Planea alguien declarar impuestos de forma conjunta con alguien fuera de su casa, o reclamar a dependientes fiscales que no viven en su casa?  Sí  No Si responde "Sí," complete los Adjuntos 1 y 6.

<b>SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE CONTACTO</b> <i>Díganos como podemos ponernos en contacto con usted.</i>		
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 de teléfono? <input type="checkbox"/> A usted <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vecino(a) <input type="checkbox"/> Pariente	¿Cuál es el nombre de esta persona?
Dirección de correo electrónico ( <i>email</i> )		
¿Cuál es la mejor forma y la mejor hora de contactarle durante los días de trabajo?		

<b>SECCIÓN 3 – OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA</b> <i>Díganos sobre todas las demás personas que viven en la casa, aún si las mismas no están solicitando beneficios. Consulte la página 5 para los códigos de raza/etnia. Indique todos los niños que viven en su casa con usted por lo menos 40% del tiempo. Incluya cualquier niño que usted sea responsable de cuidar, que pase seis meses o menos fuera de la casa. También incluya cualquier niño que haya sido sacado de su casa y puesto en "cuidado temporal ("foster care") o con un pariente. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.</i>		
Nombre – Esposo(a) u otro adulto (apellido, nombre, inicial)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Nombre de nacimiento		Número de Seguro Social
¿Está usted solicitando para BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está usted solicitando para Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el solicitante	Código de raza u origen étnico (consulte la página 6)
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una Tribu de Indios Americanos y/o Nativos de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 10		
¿Es usted elegible para recibir servicios de salud de los Indian Health Services, en una clínica tribal, programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de los Indian Health Services, clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

<i>Responda las dos preguntas siguientes sólo si usted solicita los beneficios de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services</i>	
¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no, ¿cuál es su número de registro de extranjero (Alien Registration Number)?



## SECCIÓN 3 – OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

<b>Nombre – niño 1 (apellido, nombre, inicial)</b>		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Nombre de nacimiento		Número de Seguro Social
¿Está usted solicitando para BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está usted solicitando para Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el solicitante	Código de raza u origen étnico (ver la página 6)
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una Tribu de Indios Americanos y/o Nativos de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 10		
¿Es usted elegible para recibir servicios de salud de los Indian Health Services, en una clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de los Indian Health Services, clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está este niño en cuidado temporal (foster care) o vive con un familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Responda las dos preguntas siguientes sólo si usted solicita los beneficios de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services</i>		
¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿cuál es su número de registro de extranjero (Alien Registration Number)?

<b>Nombre – niño 2 (apellido, nombre, inicial)</b>		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Nombre de nacimiento		Número de Seguro Social
¿Está usted solicitando para BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está usted solicitando para Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el solicitante	Código de raza u origen étnico (ver la página 6)
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una Tribu de Indios Americanos y/o Nativos de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 10		
¿Es usted elegible para recibir servicios de salud de los Indian Health Services, en una clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de los Indian Health Services, clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está este niño en cuidado temporal (foster care) o vive con un familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Responda las dos preguntas siguientes sólo si usted solicita los beneficios de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services</i>		
¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿cuál es su número de registro de extranjero (Alien Registration Number)?

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

<b>Nombre – niño 3 (apellido, nombre, inicial)</b>		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Nombre de nacimiento		Número de Seguro Social
¿Está usted solicitando para BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está usted solicitando para Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el solicitante	Código de raza u origen étnico (ver la página 6)
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una Tribu de Indios Americanos y/o Nativos de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 10		
¿Es usted elegible para recibir servicios de salud de los Indian Health Services, en una clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de los Indian Health Services, clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está este niño en cuidado temporal (foster care) o vive con un familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Responda las dos preguntas siguientes sólo si usted solicita los beneficios de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services</i>		
¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿cuál es su número de registro de extranjero (Alien Registration Number)?

<b>Nombre – niño 4 (apellido, nombre, inicial)</b>		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Nombre de nacimiento		Número de Seguro Social
¿Está usted solicitando para BadgerCare Plus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está usted solicitando para Family Planning Only Services? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Parentesco con el solicitante	Código de raza u origen étnico (ver la página 6)
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
¿Es usted miembro, hijo o nieto de un miembro de una Tribu de Indios Americanos y/o Nativos de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 10		
¿Es usted elegible para recibir servicios de salud de los Indian Health Services, en una clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido servicios de los Indian Health Services, clínica tribal o programa de salud indígena urbano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está este niño en cuidado temporal (foster care) o vive con un familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Responda las dos preguntas siguientes sólo si usted solicita los beneficios de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services</i>		
¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿cuál es su número de registro de extranjero (Alien Registration Number)?

**SECCIÓN 4 – OTRA INFORMACIÓN**

*Usted tiene que responder "Sí" o "No" a cada de una de las preguntas indicadas a continuación. Si responde "Sí," usted tiene que ir a los documentos adjuntos siguientes y completar la sección indicada.*

- A. ¿Desea usted o alguien en su casa solicitar para FoodShare?  Sí  No  
Si responde "Sí", complete el Adjunto 13, Inscripción para FoodShare de Wisconsin.
- B. ¿Hay alguien en su casa que planea presentar una declaración de impuestos por ingresos recibidos este año?  Sí  No  
Si responde "Sí", complete el Adjunto 6, Información sobre los impuestos. Si solicita para Family Planning Only Services, no necesita completar el Adjunto 6, Información sobre los impuestos.
- C. ¿Paga alguien pensión alimenticia, gastos de educación superior, impuesto por cuenta propia deducible, intereses de préstamos estudiantiles, etc.?  Sí  No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 1, Deducciones de Impuestos
- D. ¿Había alguien en su hogar bajo cuidado temporal (foster care), cuidado familiar (Kinship Care) ordenado por el tribunal, o bajo una tutela subsidiada al cumplir los 18 de edad?  Sí  No  
Si sí, nombre de la persona(s) \_\_\_\_\_
- E. ¿Hay alguien en su casa embarazada?  Sí  No  
Si respondió "Sí," complete el Adjunto 2, Mujer Embarazada.
- F. ¿Tiene algún niño(a) menor de 18 años, (incluyendo bebés que aún no han nacido) un padre/madre biológico o adoptivo que no vive en la casa?  Sí  No  
Si respondió "Sí", ¿hay alguna razón por la que usted no desea proporcionar información acerca de un padre ausente?  
 Sí  No  
\_\_\_\_\_
- G. ¿Recibirá alguien en su casa un ingreso de trabajo este mes o el próximo mes?  Sí  No  
Si respondió "Sí," complete el Adjunto 3, Empleo.
- H. Si se determina que su hijo está por encima del límite de ingresos o tiene acceso a seguro médico patrocinado por el empleador donde el empleador paga al menos el 80% de la prima, ¿quiere inscribir a su hijo en el BadgerCare Plus Deducible?  Sí  No (Para más información sobre el BadgerCare Plus Deducible, consulte la página 2).  
Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre del niño? \_\_\_\_\_
- I. ¿Tiene alguien en su casa un empleo por cuenta propia?  Sí  No  
Si respondió "Sí," complete el Adjunto 4a, Empleo por Cuenta Propia.
- J. ¿Recibe alguien en su casa un ingreso de otra fuente que no sea de trabajo?  Sí  No  
Ejemplos de estos ingresos incluyen Social Security, manutención / pensión alimenticia, Seguro de Desempleo, pago por discapacidad o por enfermedad, etc. Si responde "Sí," complete el Adjunto 4b, Otros Ingresos.
- K. ¿Tiene alguien seguro médico o de salud actualmente, o en los tres meses anteriores?  Sí  No  
Si respondió "Sí," complete el Adjunto 5a, Seguro de Salud.
- L. ¿Puede alguien en su casa recibir seguro de salud a través de un empleador pero NO se ha inscrito para recibirlo?  
 Sí  No Si respondió "Sí," complete el Adjunto 6, Información sobre los impuestos.
- M. ¿Recibe alguien en su casa Medicare Parte A y/o Parte B?  Sí  No  
Si respondió "Sí" y esta persona desea solicitar para el Medicare Savings Program, complete el Adjunto 9, Activos.
- N. ¿Espera alguien que cambie su ingreso de mes a mes?  Sí  No  
Si respondió "Sí," complete el Adjunto 11, Ingresos Anuales.

**SECCIÓN 5 – FIRMA**

*Por favor lea la siguiente declaración antes de firmar. Si hay alguna parte de esta solicitud que usted no entiende, comuníquese con su agencia.*

Bajo pena de ley y/o perjurio, yo declaro haber leído y entendido esta solicitud y cualquier información adjunta y de acuerdo con mi mejor saber y entender, la información que yo he dado es verdadera, correcta y completa. Yo entiendo la pena por dar información falsa o romper las reglas. Entiendo que debo proveer pruebas de que lo que he dicho es verdad. Entiendo que tendré que reembolsar cualquier beneficio pagado en mi nombre que haya sido emitido por error debido a que no reporte cambios o proporcione información completa y correcta.

Entiendo mis derechos así como también mis deberes y estoy de acuerdo con cumplirlos.

Yo sé que hay leyes federales que declaran que cualquier información que yo haya dado deberá ser revisada y verificada por personal del estado. También, entiendo que debo cooperar por completo con los trabajadores federales y estatales si mi caso es revisado. No es necesario un permiso adicional de mi parte para obtener cualquier 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 como es autorizado bajo la ley de Wisconsin.

Entiendo que si no cumplo con las reglas de inscripción de BadgerCare Plus y/o Medicaid, la agencia pueda que envíe mis datos al Health Insurance Marketplace federal. El Marketplace usará esta información para ver si puedo recibir ayuda para pagar por un seguro médico privado.

**FIRMA** – Solicitante o Representante Autorizado

Fecha de la Firma

**ADJUNTO 1 — Deducciones de Impuestos**

Marque las casillas para indicarnos cuales deducciones de impuestos tiene previsto tomar en su declaración de impuestos para este año. Usted debe marcar "Sí" si alguien tiene un gasto (por ejemplo, intereses de préstamo de estudiante), incluso si no están planeando presentar una declaración de impuestos.

Tipo de deducción de impuesto	¿Quién recibe esta deducción?	¿Cuánto es la deducción?	¿Con qué frecuencia?
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:

Tipo de deducción de impuestos	¿Quién recibe esta deducción?	¿Cuánto es la deducción?	¿Con qué frecuencia?
Deducción por actividades de producción doméstica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Gastos deducibles de impuestos oficiales basados en honorarios (Fee-based Officials' Tax-deductible Expenses) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Contribución de 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		\$	
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 por Artistas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Contribución de Plan Seguro de Salud de Trabajo por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Contribución de 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 Describa la deducción: _____		\$	
Otras Deducciones por Escrito Permitidas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa la deducción: _____		\$	

## ADJUNTO 2 – Mujeres Embarazadas

Si necesita más espacio para completar cualquiera de las secciones, use una hoja de papel adicional.

<b>MUJER EMBARAZADA</b>		
Nombre de la mujer embarazada	Fecha de dar a luz	Si es un nacimiento múltiple, número de bebés que espera.
Nombre de la mujer embarazada	Fecha de dar a luz	Si es un nacimiento múltiple, número de bebés que espera.
Nombre de la mujer embarazada	Fecha de dar a luz	Si es un nacimiento múltiple, número de bebés que espera.

ADJUNTO 3 – Empleo

<b>EMPLEO</b>		
<p>Complete esta sección para cualquier persona en su casa que vaya a recibir ingresos o ingresos "in-kind" de un trabajo en este mes o en el próximo mes. Por medio a ingresos "in-kind" queremos decir un trabajo que paga sólo con activos o servicios en vez de dinero. Por ejemplo, alguien que reciba vivienda gratis a cambio de trabajo. <b>Use una hoja de papel adicional si se necesita más espacio.</b></p>		
Trabajo 1 - Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono
Fecha en que comenzó el empleo (mes/día/año)		
¿Está esta persona de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas horas a la semana trabaja esta persona?
¿Le pagan a esta persona por hora o recibe un salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si le pagan por hora, ¿a cuánto le pagan cada hora? \$	Si es un salario, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$
¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____		
¿Recibe esta persona bonos y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada 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"/> Otra Si marcó otra, explique: _____		
Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	
Si su empleo terminó, fecha en que terminó (mes/día/año)	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad de su último cheque de sueldo \$
¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indique todas las deducciones antes de los impuestos que la persona empleada ha sacado de su sueldo para este trabajo.		
Tipo de deducción antes de los impuestos	¿Cuánto es la deducción?	¿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		
Primas de Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Cuenta de Ahorros 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 Retiro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

## ADJUNTO3 – Empleo (continúa)

**EMPLEO**

Complete esta sección para cualquier persona en su casa que vaya a recibir ingresos o ingresos "in-kind" de un trabajo en este mes o en el próximo mes. Por medio a ingresos "in-kind" queremos decir un trabajo que paga sólo con activos o servicios en vez de dinero. Por ejemplo, alguien que reciba vivienda gratis a cambio de trabajo. **Use una hoja de papel adicional si se necesita más espacio.**

Trabajo 2 - Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono	
Fecha en que comenzó el empleo (mes/día/año)			
¿Está esta persona de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas horas a la semana trabaja esta persona?	
¿Le pagan a esta persona por hora o recibe un salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si le pagan por hora, ¿a cuánto le pagan cada hora? \$	Si es un salario, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$	
¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____	
¿Recibe esta persona bonos y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada 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"/> Otra Si marcó otra, explique: _____			
Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	
Si su empleo terminó, fecha en que terminó (mes/día/año)	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad de su último cheque de sueldo \$	
¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Indique todas las deducciones antes de los impuestos que la persona empleada ha sacado de su sueldo para este trabajo.			
Tipo de deducción antes de los impuestos		¿Cuánto es la deducción?	¿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			
Primas de Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Cuenta de Ahorros 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 Retiro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	



## ADJUNTO3 – Empleo (continúa)

EMPLEO			
<p>Complete esta sección para cualquier persona en su casa que vaya a recibir ingresos o ingresos "in-kind" de un trabajo en este mes o en el próximo mes. Por medio a ingresos "in-kind" queremos decir un trabajo que paga sólo con activos o servicios en vez de dinero. Por ejemplo, alguien que reciba vivienda gratis a cambio de trabajo. <b>Use una hoja de papel adicional si se necesita más espacio.</b></p>			
<b>Trabajo 3</b> - Nombre de la persona empleada (apellido, nombre, inicial)		Nombre del empleador, dirección y número de teléfono	
Fecha en que comenzó el empleo (mes/día/año)			
¿Está esta persona de huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas horas a la semana trabaja esta persona?	
¿Le pagan a esta persona por hora o recibe un salario? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario	Si le pagan por hora, ¿a cuánto le pagan cada hora? \$	Si es un salario, ¿cuánto le pagan por cada período de pago? \$	
¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada período de pago? \$ _____			
¿Recibe esta persona bonos y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí," ¿cuánto recibe por cada 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"/> Otra Si marcó otra, explique: _____			
Tipo de Trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal		Título de Trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	
Si su empleo terminó, fecha en que terminó (mes/día/año)	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad de su último cheque de sueldo \$	
¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Indique todas las deducciones antes de los impuestos que la persona empleada ha sacado de su sueldo para este trabajo.			
Tipo de deducción antes de los impuestos		¿Cuánto es la deducción?	¿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			
Primas de Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Cuenta de Ahorros 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 Retiro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	



ADJUNTO 5a – Seguro de Salud

SEGURO DE SALUD	
<i>Complete lo siguiente si alguien tiene seguro médico o de salud en la actualidad, o en los tres meses anteriores.</i>	
Nombre del asegurado	Nombre y dirección de la compañía de seguro
Número de póliza	Fecha de inicio
Nombre del Plan (por ejemplo "Silver Plan")	
¿Quién está o estuvo cubierto bajo esta póliza? Nombre(s) de los miembros de familia: ):	
¿Terminó esta cobertura en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió "Sí", ¿en qué fecha termino la cobertura? _____	
¿Por qué termino la cobertura? _____	
¿Cubre este seguro los servicios de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es/fue este seguro proporcionado por un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió no, cuál es la fuente de este seguro:	
<input type="checkbox"/> Continuación de COBRA <input type="checkbox"/> Plan de Seguro Privado <input type="checkbox"/> Empleo Anterior <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz (Peace Corps) <input type="checkbox"/> Plan de Retiro <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Veterans Health Administration Programs	
<b>Si respondió "Sí", responda a todas las preguntas restantes en esta página.</b>	
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 Federal Employer Identification Number (FEIN) del empleador, si lo sabe? _____	
¿Es este seguro a través de un plan de beneficios de 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	
<b>Minimum Value Standard Plans</b> (Para más información acerca de los Minimum Value Standard Plans, consulte la página 6)	
¿Ofrece este empleador un plan que cumpla con el valor mínimo estándar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Cuál es el nombre del plan a menor costo sólo para empleados que ofrece este empleador?	
¿Cuánto cuestan las primas mensuales? \$ _____	
¿Con qué frecuencia debo pagar estas primas? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente	
<b>Cambios en el Plan</b> (Díganos más sobre los cambios que este empleador podría hacer al seguro de salud si lo ofrece el año que viene.)	
¿Continuará este empleador ofreciendo seguros de salud el año que viene? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Habrá algún cambio en las primas del plan a menor costo sólo para empleados que cumpla con el valor mínimo estándar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Cuánto costarán las nuevas primas mensuales? \$ _____ <input type="checkbox"/> No sabe	

ADJUNTO 5a – Seguro de Salud

SEGURO DE SALUD	
<i>Complete lo siguiente si alguien tiene seguro médico o de salud en la actualidad, o en los tres meses anteriores.</i>	
Nombre del asegurado	Nombre y dirección de la compañía de seguro
Número de póliza	Fecha de inicio
Nombre del Plan (por ejemplo "Silver Plan")	
¿Quién está o estuvo cubierto bajo esta póliza? Nombre(s) de los miembros de familia: ):	
¿Terminó esta cobertura en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió "Sí", ¿en qué fecha termino la cobertura? _____	
¿Por qué termino la cobertura? _____	
¿Cubre este seguro los servicios de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es/fue este seguro proporcionado por un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió no, cuál es la fuente de este seguro:	
<input type="checkbox"/> Continuación de COBRA <input type="checkbox"/> Plan de Seguro Privado <input type="checkbox"/> Empleo Anterior <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz (Peace Corps) <input type="checkbox"/> Plan de Retiro <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> Veterans Health Administration Programs	
<b>Si respondió "Sí", responda a todas las preguntas restantes en esta página.</b>	
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 Federal Employer Identification Number (FEIN) del empleador, si lo sabe? _____	
¿Es este seguro a través de un plan de beneficios de 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	
<b>Minimum Value Standard Plans</b> (Para más información acerca de los Minimum Value Standard Plans, consulte la página 6)	
¿Ofrece este empleador un plan que cumpla con el valor mínimo estándar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Cuál es el nombre del plan a menor costo sólo para empleados que ofrece este empleador?	
¿Cuánto cuestan las primas mensuales? \$ _____	
¿Con qué frecuencia debo pagar estas primas? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente	
<b>Cambios en el Plan</b> (Díganos más sobre los cambios que este empleador podría hacer al seguro de salud si lo ofrece el año que viene.)	
¿Continuará este empleador ofreciendo seguros de salud el año que viene? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Habrá algún cambio en las primas del plan a menor costo sólo para empleados que cumpla con el valor mínimo estándar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Cuánto costarán las nuevas primas mensuales? \$ _____ <input type="checkbox"/> No sabe	

**ADJUNTO 6 — Información Sobre Los Impuestos**

<b>CONTRIBUYENTE (TAX FILER)</b>			
<i>Indique la información para cada persona en su hogar que espera llenar una declaración de impuestos para los ingresos que él o ella recibirá este año. Si está casada y llena la declaración de impuesto de forma conjunta, sólo tiene que completar una sección para ambos contribuyentes.</i>			
<b>Nombre del contribuyente 1</b>		Nombre del cónyuge (si está casado y presenta una declaración conjunta)	
Estado civil del contribuyente <input type="checkbox"/> Soltero o cabeza de familia <input type="checkbox"/> Casado presenta declaración conjunta <input type="checkbox"/> Casado presenta declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia			
¿Va a ser este contribuyente reclamado como dependiente por alguien fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dependientes fiscales: Indique a los dependientes que este contribuyente va a reclamar en sus impuestos. Utilice una hoja de papel adicional si necesita más espacio.			
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits y regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits o regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits o regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits o regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## ADJUNTO 6 — Información sobre los impuestos (continuación)

<b>CONTRIBUYENTE (TAX FILER)</b>			
<i>Indique la información para cada persona en su hogar que espera llenar una declaración de impuestos para los ingresos que él o ella recibirá este año. Si está casada y llena la declaración de impuesto de forma conjunta, sólo tiene que completar una sección para ambos contribuyentes.</i>			
<b>Nombre del contribuyente 2</b>		Nombre del cónyuge (si está casado y presenta una declaración conjunta)	
Estado civil del contribuyente <input type="checkbox"/> Soltero o cabeza de familia <input type="checkbox"/> Casado presenta declaración conjunta		<input type="checkbox"/> Casado presenta declaración por separado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia	
¿Va a ser este contribuyente reclamado como dependiente por alguien fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dependientes fiscales: Indique a los dependientes que este contribuyente va a reclamar en sus impuestos. Utilice una hoja de papel adicional si necesita más espacio.			
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits y regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits o regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits o regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Nombre del dependiente fiscal</b>	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$6,300 en ingresos de trabajo este año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Se espera que este dependiente obtenga más de \$1,050 en ingresos no derivados del trabajo este año? (No incluya Child Support, Social Security, Supplemental Security Income, Workers Compensation, Veterans Benefits o regalos y/o dinero que reciba de otra persona.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha fallecido este dependiente fiscal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## ADJUNTO 7 – Solicitud para cobertura retroactiva

Si usted solicita cobertura retroactiva, complete, firme y devuelva este documento junto con su solicitud. La cobertura retroactiva sólo puede ser aplicada a los últimos tres meses. Por favor recuerde que, el solicitar cobertura retroactiva no garantiza que usted estará inscrito por los meses solicitados.

Si la información en el formulario de solicitud es diferente para cualquiera de los tres meses anteriores al mes de su solicitud, indique las diferencias abajo para cada mes que usted solicite cobertura retroactiva. Algunas diferencias podrían incluir: dirección, personas en su familia, ingreso, seguro de salud. Usted debe proporcionar prueba de ingresos para cualquiera de los tres meses que usted está solicitando cobertura retroactiva.

¿En qué fecha quiere usted que se inicie la cobertura? \_\_\_\_\_

1. ¿Para qué mes está usted solicitando cobertura retroactiva? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna diferencia en la información incluida en el mes de su solicitud en comparación con este mes?

Sí  No Si respondió "Sí", describa los cambios.

Si hubo una diferencia en sus ingresos, ¿cuál fue el total de su ingreso familiar bruto para este mes? \$ \_\_\_\_\_

2. ¿Para qué mes está usted solicitando cobertura retroactiva? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna diferencia en la información incluida en el mes de su solicitud en comparación con este mes?

Sí  No Si respondió "Sí", describa los cambios.

Si hubo una diferencia en sus ingresos, ¿cuál fue el total de su ingreso familiar bruto para este mes? \$ \_\_\_\_\_

3. ¿Para qué mes está usted solicitando cobertura retroactiva? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna diferencia en la información incluida en el mes de su solicitud en comparación con este mes?

Sí  No Si respondió "Sí", describa los cambios

Si hubo una diferencia en sus ingresos, ¿cuál fue el total de su ingreso familiar bruto para este mes? \$ \_\_\_\_\_

FIRMA – Solicitante / Representante Autorizado	Fecha de la Firma
--	-------------------

### ADJUNTO 8

#### Declaración de identidad para niños menores de 18 años de edad

Esta declaración puede usarse sólo para cumplir con la regla de prueba de **identidad** de BadgerCare Plus/Family Planning Only Services para los niños menores de 18 años de edad. Esta declaración no puede utilizarse para cumplir con la regla de prueba de ciudadanía de BadgerCare Plus o Family Planning Only Services.

**Instrucciones:** En el espacio provisto a continuación, indique todos los niños menores de 18 años de edad en su casa de quien usted es el padre, madre, tutor o cuidador familiar. Para cada niño que indique, incluya la fecha de nacimiento y lugar de nacimiento (ciudad, estado y país) del niño. **Complete, firme y envíe esta declaración a su agencia del condado local o tribal.**

Nombre completo del niño (Nombre, Inicial, Apellido)	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado, Condado)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

La información de identificación personal se utilizará únicamente para la administración directa de los programas BadgerCare Plus y Family Planning Only Services.

**Al firmar esta declaración,** certifico, bajo pena de perjurio y falso juramento, que la información que he dado es correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la agencia puede comunicarse con otras personas u organizaciones, para confirmar la exactitud de mi declaración.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de la firma** \_\_\_\_\_  
(Padre/madre, tutor o cuidador familiar)

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_ **Número de caso** \_\_\_\_\_  
(Padre/madre, tutor o cuidador familiar)



**ADJUNTO 9 – Activos**

Este formulario se debe completar si alguien en su casa recibe Medicare Parte A y/o Parte B y desea solicitar el Medicare Savings Program (también llamado Medicare Premium Assistance o Buy-In-Program). Se deben incluir todos los Activos de su familia. Incluya los Activos de propiedad conjunta con cualquier otra persona. No incluya el valor de las pertenencias personales (televisores, muebles, electrodomésticos). No incluya información sobre un vehículo de motor en esta sección. Los Activos incluyen artículos tales como dinero en efectivo, cuentas de cheque o de ahorros, certificados de depósito, fondos fiduciarios, acciones, bonos, cuentas de jubilación, los intereses en rentas vitalicias, bonos de ahorro de los EE.UU., los acuerdos de propiedad, los contratos de obras, la multipropiedad, el alquiler de propiedad, propiedades en vida, ganado, herramientas, maquinaria agrícola, planes *Keogh* u otros refugios fiscales, las propiedades personales que se reservan para fines de inversión, etc.

**NOTA:** Usted tendrá que proporcionar pruebas de todos sus Activos. Ejemplos de pruebas incluyen una copia de su estado de cuenta bancaria que muestre el valor de sus cuentas de banco disponible para la fecha en que se complete la solicitud, o bien algo que muestre el valor nominal y el valor en efectivo de su póliza de seguro de vida. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

Tipo de activo (Véase más arriba)	Nombre del propietario(s)	Cantidad actual en dólares	Banco/nombre de la institución financiera y 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$

**INFORMACIÓN DE VEHICULO** — Indique todos los vehículos de motor. Incluya los vehículos de propiedad comunal.

**Vehículo 1**

Tipo de Vehículo	Año	Marca	Modelo
Cantidad que se debe en el vehículo \$		Valor Justo del Mercado* \$	

**Vehículo 2**

Tipo de Vehículo	Año	Marca	Modelo
Cantidad que se debe en el vehículo \$		Valor Justo del Mercado* \$	

\*Por valor justo del mercado, queremos decir la cantidad que usted obtendrá si usted vendiera su vehículo en el mercado libre.

**SEGURO DE VIDA** — Por favor indique cualquier seguro de vida que usted y/o su familia tenga.

Tiene usted o cualquier miembro de su familia una póliza de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", complete la sección abajo.		
Nombre del Asegurado (s))	Valor en Efectivo \$	Valor Nominal \$
	\$	\$
	\$	\$

## ADJUNTO 10 — American Indian o Alaska Native Family Member (AI/AN)

### Tribu Reconocida Federalmente

¿Es alguien miembro de una tribu reconocida federalmente?  Sí  No

Si responde sí, indíquela a continuación.

Para ver una lista de las tribus reconocidas federalmente, vaya a [usa.gov/Government/Tribal-Sites/index.shtml](http://usa.gov/Government/Tribal-Sites/index.shtml).

Nombre de la persona	Nombre de la tribu

### Ingresos tribales que no provengan de los juegos de azar (Non-Gaming Tribal Income)

Algunos tipos de ingreso tribales no pueden contarse para BadgerCare Plus. Indique cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de las fuentes a continuación:

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de los recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías
- Pagos que provienen de los recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierra designadas como tierras indias en fideicomiso por el Departamento de Interior (incluyendo reservaciones y antiguas reservaciones)
- Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural.

Pagos per cápita tribales que provienen de las actividades de juegos de azar se cuentan para BadgerCare Plus, así que no los debe incluir aquí.

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Cantidad recibida	Tipo de ingreso	Frecuencia de pago
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

**ADJUNTO 11 — Ingresos anuales**

Complete sólo si el ingreso de alguien cambia mes a mes. Si no sabe la cantidad exacta, utilice su mejor estimación o escriba "No sé".

Nombre de la persona	¿Cuál es el ingreso que espera recibir este año?	¿Cuál es el ingreso que espera recibir el próximo año?

## ADJUNTO 12 – Reporte de Cambios de BadgerCare Plus

*No envíe este formulario con su solicitud. Guarde este formulario para su uso futuro.*

Usted tiene que reportar, dentro de 10 días si:

- Se muda a una nueva dirección o fuera del estado,
- Alguien se muda dentro o fuera de su casa, alguien sale embarazada o da a luz, o
- Sus arreglos de viviendas cambian (por ejemplo, usted se va a un hogar de ancianos u otra institución).
- Alguien tiene un cambio en el seguro de salud, o
- Se casó o se divorció, o
- Alguien tiene un cambio en el estatus de declaración de impuestos previsto, o en los dependientes fiscales, o ya no tiene una deducción de impuestos indicada anteriormente.

Usted tiene que reportar para el décimo día del siguiente mes si ha habido algún cambio en sus ingresos en el cual su ingreso mensual bruto sobrepasa el límite del programa. Si usted está inscrito en BadgerCare Plus for Families o Family Planning Only Services, usted recibirá una carta la cual le indicará el límite de ingreso del programa para el tamaño de su familia. Siempre debe consultar su última carta.

### Family Planning Only Services

Si usted está inscrito en Family Planning Only Services de BadgerCare Plus, usted sólo necesita reportar los siguientes cambios dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado, o
- Si sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo, si está encarcelado, se va a un hogar de ancianos u otra institución.)

Usted puede reportar estos cambios por medio a este formulario, llamando a la agencia de su condado o tribu o por Internet en [ACCESS.wi.gov](http://ACCESS.wi.gov). Si usted decide usar este formulario, una vez que ha completado y firmado el formulario, envíelo por correo o fax a:

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 reporte no provee el espacio suficiente para describir un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional.

Su nombre	Número del caso/Número de Seguro Social	Nombre del trabajador(a)
-----------	---	--------------------------

### CAMBIO DE DIRECCIÓN. Use esta sección para reportar una nueva dirección.

Nueva dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nuevo número de teléfono		Fecha del cambio	

### CAMBIOS EN EL HOGAR

*Use esta sección para reportar si alguien se muda dentro o fuera de su casa, si alguien se casa, sale embarazada, o da a luz (incluya información sobre la persona que dio a luz y sobre el recién nacido.)*

Nombre(s) (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha del cambio	Número de Seguro Social
Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Describa el cambio	

**ADJUNTO 12 – Reporte de Cambios de BadgerCare Plus (continúa)**

**CAMBIOS EN LOS INGRESOS**

Use esta sección para reportar cualquier cambio que haya habido en la cantidad de ingreso bruto, una nueva fuente de ingresos, cambios en su condición de empleado (de tiempo medio a tiempo completo, pérdida de empleo), cambio en su salario o en el pago de sueldo, cambios en la cantidad que recibe de Social Security, Unemployment Insurance, o cualquier otro cambio en la cantidad de dinero que su familia reciba.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha en que sus ingresos cambiaron
Fuentes de ingresos	Cantidad mensual	¿Con qué frecuencia le pagan?

**Nuevo empleo**

¿Es éste un cambio sobre un nuevo empleo? ¿Cuál es el nombre del empleador, dirección y número de teléfono?

¿Cuántas horas a la semana trabaja?

¿Cuánto le pagan por hora?

**Pérdida de empleo**

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha en que terminó el empleo
Nombre del empleador	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad del último cheque de sueldo \$

**OTROS CAMBIOS.** USE ESTE ESPACIO PARA ANOTAR CUALQUIER OTRO CAMBIO(S) QUE USTED QUIERA REPORTAR.

**FIRMA**

Entiendo que hay sanciones por ocultar información o dar información falsa. También entiendo que yo podría tener que re-embolsar cualquier beneficio que yo haya recibido debido a que no informé todos los cambios en mis circunstancias. Estoy de acuerdo en proveer pruebas sobre cualquier cambio(s), si me lo piden. Mis respuestas en este formulario son las correctas y completas de acuerdo con mi mejor saber y entender.

**FIRMA** – Solicitante / Representante Autorizado

Fecha de la firma

**ADJUNTO 13 – Inscripción para FoodShare de Wisconsin**

Si usted tiene una discapacidad y requiere esta solicitud en un formato alternativo, o si lo necesita traducido en otro idioma, por favor, póngase en contacto con su agencia. Para obtener el número de teléfono de su agencia vaya a [dhs.wi.gov/em/customerhelp](http://dhs.wi.gov/em/customerhelp) o llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

Usted puede dejar que otro adulto llene la solicitud por usted. Si paró de recibir los beneficios de FoodShare en los últimos 30 días, usted puede llenar esta solicitud ponerse en contacto con su trabajador para averiguar si usted puede re-abrir sus beneficios de FoodShare sin tener que llenar este formulario.

Su solicitud de FoodShare se procesará tan pronto como sea posible, pero no más de 30 días a partir de la fecha en que la agencia reciba su solicitud.

Nombre – Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial)			
Número de Seguro Social (Opcional)		Fecha de nacimiento (Opcional)	
Dirección – Postal		Número de teléfono (Opcional)	
Ciudad		Estado	Código Postal
Firma (Solicitante o Representante Autorizado)			Fecha de la firma

Si necesita ayuda inmediata o tiene una emergencia, es posible que usted pueda obtener los beneficios de FoodShare dentro de 7 días de haber proporcionado su formulario de inscripción, si su hogar:

- Tiene \$100 o menos disponibles en efectivo o en el banco y
- Espera recibir menos de \$150 de ingresos en este mes; o
- Tiene costos de alquiler / hipoteca o servicios públicos que son más que el total de su ingreso mensual bruto, dinero efectivo disponible o cuentas bancarias para este mes; o
- Incluye a un trabajador migrante o trabajador agrícola de temporada cuyos ingresos han parado.

**Conteste las siguientes preguntas para ser considerado para un servicio más rápido.**

Total de ingresos brutos que espera recibir su familia en este mes (antes de los impuestos u otras deducciones)	\$ _____
Total de los activos disponibles (ejemplos: efectivo, dinero en cuentas de cheques / ahorros, certificado de depósito, acciones, cuentas de jubilación (IRA), etc.)	\$ _____
Total del alquiler o hipoteca en este mes	\$ _____
¿Recibió su hogar beneficios de FoodShare de Wisconsin en este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibió su hogar beneficios de SNAP (estampillas para comida) en otro estado en este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguien en su hogar que sea un trabajador migrante o trabajador agrícola de temporada cuyos ingresos han parado y no espera recibir más de \$25 en ingresos en los próximos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Si su familia tiene que pagar por servicios públicos, responda a las siguientes preguntas.**

Si usted paga alquiler, ¿está la calefacción incluida en el alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Marque la casilla(s) de los servicios públicos que su familia tiene que pagar y si el servicio público se utiliza para calentar la casa.				
	¿Se utiliza para la calefacción?		¿Se utiliza para la calefacción?	
Gas (natural)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Queroseno/aceite combustible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Eléctrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Carbón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Gas propano líquido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leña	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Marque la casilla(s) de los servicios públicos que su familia tiene que pagar.				
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Alcantarillado	<input type="checkbox"/> Recolección de basura	
<input type="checkbox"/> Instalación	<input type="checkbox"/> Otro: _____			

## **ADJUNTO 13 – Inscripción para FoodShare de Wisconsin (continúa)**

Usted tiene el derecho de presentar su solicitud en cualquier momento. Para ello, tendrá que dar por lo menos su nombre, dirección y firma para fijar la fecha de su presentación. Aún necesitará hablar con su agencia en persona o por teléfono para finalizar el resto de su solicitud.

Quizás tenga que aportar pruebas de algunas de sus respuestas. Ver "pruebas necesarias" en la página 6 para obtener una lista de las pruebas que deba darnos.

### **Envíe por correo o fax las solicitudes y/o pruebas/verificaciones**

Si vive en el condado de Milwaukee:

MDPU  
PO Box 05676  
Milwaukee WI 53205

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

Usted puede escanear y/o subir cualquier prueba en línea en ACCESS.wi.gov.

Usted puede fijar su fecha de presentación de solicitud con sólo su nombre, dirección y firma o puede llenar una solicitud completa por Internet en ACCESS.wi.gov, por correo, en persona o por teléfono.

Si desea solicitar BadgerCare Plus o Medicaid, usted puede solicitar para estos programas de salud por Internet en ACCESS.wi.gov al mismo tiempo que usted solicita los beneficios de FoodShare. O bien. Usted puede completar una solicitud para el cuidado de la salud. Las solicitudes se pueden encontrar en dhs.wi.gov/em/customerhelp o por medio de su agencia.

### **Información Importante – FoodShare**

Esta solicitud es para los beneficios de FoodShare solamente. No es una solicitud para BadgerCare Plus, Medicaid, cuidado de niños o Wisconsin Works (W-2). Usted puede solicitar BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services y cuidado de niños por Internet en ACCESS.wi.gov a la misma vez que solicita para FoodShare. Usted tiene que contactar a su agencia local del condado o tribu

FoodShare es un derecho. Usted no tiene que solicitar para W-2 u otros programas para poder obtener los beneficios de FoodShare. Los beneficios de FoodShare están disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales en los hogares de bajos ingresos. Un hogar generalmente se compone de personas que viven juntas y comparten los alimentos. La cantidad de beneficios de FoodShare que un hogar reciba se basan en el tamaño del hogar y en la cantidad de ingresos que reciba. Los beneficios de FoodShare son emitidos en una tarjeta QUEST de Wisconsin que se utiliza como una tarjeta de débito en las tiendas que participan en FoodShare.

### **DISCRIMINACIÓN**

El Department of Health Services es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades y servicios. Si tiene una discapacidad y requiere tener acceso a esta información en un formato alternativo, o la requiere traducida a otro idioma, por favor llame al (608) 266-3356 o a la línea gratuita 1-888-701-1251 (TTY). Todos los servicios de traducción son gratuitos. Para preguntas sobre derechos civiles llame al (608) 266-9372 o al número gratuito 1-888-701-1251 (TTY).

El U.S. Department of Agriculture (USDA) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o de los parientes, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del Civil Rights program con el USDA, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA), que se puede encontrar por internet en [http://www.ascr.usda.gov/es\\_us/sp\\_complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/es_us/sp_complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja completo o carta por correo postal al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden contactar al USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Transmisión) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (para español).

## **BADGERCARE PLUS APPLICATION**

F-10182S (01/2015)

Página 32 de 33

Para cualquier otra información relacionada con los asuntos del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), las personas deben contactar al Número de Línea Directa del USDA SNAP (800) 221-5689, que está disponible en español, o llame al State Information/ Hotline Numbers; que se encuentran en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

### **AUDIENCIA IMPARCIAL**

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con ninguna de las medidas adoptadas con relación a su solicitud o a sus beneficios actuales. Para solicitar una audiencia imparcial, escriba a:

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

El formulario de solicitud para una Audiencia Imparcial se puede descargar en [dhs.wi.gov/em/customerhelp](https://dhs.wi.gov/em/customerhelp). También puede contactar a la oficina local o tribal del condado para solicitar una audiencia imparcial en persona o por escrito.

### **REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Usted tiene derecho a que otra persona solicite los beneficios de FoodShare por usted. Esta persona actuará como su "representante autorizado". Si desea tener un representante autorizado, complete el formulario Autorización de Representante (Authorization of Representative) (Formulario F-10126). Para obtener este formulario vaya a [dhs.wi.gov/em/customerhelp](https://dhs.wi.gov/em/customerhelp) o pídaselo a la agencia. Usted será responsable por cualquier error que cometa un representante autorizado que complete el proceso de solicitud de FoodShare en su nombre.

### **USO DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL / INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

**La información de identificación personal, incluyendo los Números de Seguro Social (SSN) se utilizará sólo para la administración directa del programa FoodShare de Wisconsin. Solicitar o proporcionar un SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de FoodShare pero no proporcionen ni soliciten un SSN, no podrán recibir los beneficios de FoodShare. Cualquier persona en el hogar que no esté solicitando los beneficios de FoodShare no necesita proporcionar un SSN. Su SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el Internal Revenue Service (IRS) ; Social Security Administration (SSA) y el Department of Workforce Development así como también el School Lunch Program. Los números de seguro social también se utilizan para comprobar identidad y verificar fuentes de ingresos tales como empleadores.**

### **ESTATUS INMIGRATORIO**

Para acceder a los beneficios de FoodShare, usted tiene que ser un ciudadano americano o acreditar un estatus migratorio válido con el United States Citizenship and Immigration Service (USCIS). El estatus migratorio de todas las personas que soliciten FoodShare será corroborado con el USCIS. La información proporcionada por dicha agencia puede influir en la inscripción en el programa de FoodShare y en la cantidad de los beneficios. El estatus migratorio NO se corroborará con el USCIS en los casos de personas que no estén solicitando FoodShare o que indiquen no tener un estatus migratorio aprobado por el USCIS. Sin embargo, los ingresos de estas personas pueden influir en la inscripción en el programa de FoodShare y en la cantidad de los beneficios.

### **REGISTRO DE TRABAJO**

Cada persona en su grupo de FoodShare debe estar registrada para trabajo, salvo que de lo contrario esté exenta. Aquellos que no tienen que registrarse para trabajo incluyen:

- Un padre u otro miembro del hogar que es responsable del cuidado de un hijo dependiente menor de 6 años o de una persona con discapacidad de cualquier edad;
- Una persona menor de 16 años de edad, o de 60 años de edad o más;
- Personas en los programas de tratamiento de adicción a las drogas o alcohol;
- Personas que ya están trabajando al menos 30 horas semanales (o están recibiendo ingresos semanales que igualan a 30 veces el salario mínimo federal por hora);
- Personas que reciben o han solicitado el seguro de desempleo;
- Estudiantes matriculados por lo menos medio tiempo en una escuela reconocida, programa de entrenamiento o institución de enseñanza superior; o
- Personas que están físicamente o mentalmente no aptas para el empleo, según lo determinado por la agencia.

Aunque es necesario registrarse para trabajo, participar en un programa de trabajo es voluntario.



## **BADGERCARE PLUS APPLICATION**

F-10182S (01/2015)

Página 33 de 33

Ciertos adultos entre las edades de 18 a 49 años que no tengan hijos menores de edad en el hogar sólo recibirán 3 meses de los beneficios de FoodShare en un plazo de 36 meses a menos que cumplan con el requisito de trabajo de FoodShare. Para cumplir con el requisito de trabajo, ellos serán referidos al programa FoodShare Employment and Training (FSET), a menos que de lo contrario estén exentos. Usted recibirá más información sobre FSET si usted está inscrito en FoodShare.

El Wisconsin Job Center está disponible para usted. El Job Center (Centro de Trabajo) es la mayor fuente de puestos de trabajo en Wisconsin. Usted puede visitar el sitio Web del Job Center en <https://jobcenterofwisconsin.com/>. Puede utilizar las computadoras de pantalla táctil en su Job Center local. Para encontrar un Job Center, llame al 1-888-258-9966 (llamada gratuita).

## **RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN**

La recopilación de información en la solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social de cada miembro del hogar que solicite beneficios, está autorizada por el Food Stamp of 2008, según enmiendas a través de P.L. 110-246 para determinar si su hogar puede participar en el programa FoodShare de Wisconsin. Esta información será corroborada por medio de programas computarizados de concordancia y también será utilizada para controlar el cumplimiento de las reglas del programa FoodShare y su administración.

## **VERIFICACIÓN POR COMPUTADORA**

La información contenida en su solicitud estará sujeta a controles realizados por medio del sistema estatal de verificación de ingresos y elegibilidad. Si usted trabaja, los ingresos y salarios de trabajo que usted reporte serán comparados por computadora con los que su empleador reporte al Department of Workforce Development. También se consultará al Internal Revenue Service; Social Security Administration; Unemployment Insurance Division sobre sus ingresos y activos. La información obtenida puede influir en la inscripción de su familia en FoodShare de Wisconsin y en la cantidad de los beneficios.

Si se descubre que algún dato proporcionado por usted es incorrecto, se le podrían negar los beneficios de FoodShare y/o se podría interponer una acción penal en caso de que la información haya sido intencionalmente errónea. Si proporcionó información falsa, deberá re-embolsar todo beneficio que haya recibido. Si se presenta una demanda de FoodShare Wisconsin contra su familia, la información contenida en la presente solicitud, incluso todos los Números de Seguro Social, podría ser referida a agencias federales y estatales, así como también a entidades privadas de cobro y reclamo en caso de acciones legales por cobro.

## **ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELATIVAS A FOODSHARE**

**Cualquier miembro de su casa que intencionalmente rompa cualquiera de las reglas mencionadas a continuación podría ser excluido del programa FoodShare por un período de 12 meses después de la primera violación, por un período de 24 meses en caso de una segunda violación o por la primera violación que involucre sustancias controladas y permanentemente en caso de una tercera violación.**

- **Dar información falsa o encubrir información para recibir o seguir recibiendo los beneficios de FoodShare;**
- **Intercambiar o vender los beneficios de FoodShare;**
- **Usar los beneficios de FoodShare para la compra de artículos no alimenticios, como alcohol o tabaco;**
- **Usar los beneficios de FoodShare, la tarjeta de identificación o cualquier documentación de otra persona.**

**Según el valor de los beneficios utilizados incorrectamente, la persona puede recibir una multa por un valor de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años o ambas cosas. Además, una corte podría denegarle el acceso al programa por un plazo adicional de 18 meses. Asimismo, será descalificado permanentemente si se le condena por tráfico de beneficios de FoodShare por un valor de \$500 o más. Si se descubre que usted ha informado o declarado fraudulentamente sobre su identidad y residencia a fin de recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá tener acceso al programa por un plazo de 10 años. Los evasores de la justicia o transgresores de libertad condicional o vigilada no son elegibles para el programa. El individuo además podrá ser procesado en función de otras leyes federales aplicables.**

**Si usted intercambia (compra/venta) beneficios de FoodShare por sustancias controladas/drogas ilegales será excluido del programa FoodShare de Wisconsin por un periodo de dos años por la primera falta y permanentemente por la segunda falta. Si usted intercambia (compra/venta) beneficios de FoodShare por armas de fuego, municiones o explosivos será excluido del programa de FoodShare de Wisconsin permanentemente.**