

## Solicitud del Plan de seguro médico para inmigrantes

### Póngase en contacto con nosotros:

- TELÉFONO:** Llame al Equipo de Atención al Cliente al 1-855-899-9600
- EN LÍNEA:** [dvha.vermont.gov/apply](https://dvha.vermont.gov/apply)
- EN PERSONA:** Hay alguien que puede ayudar en su zona.  
[info.healthconnect.vermont.gov/information/communitypartners/assisters](https://info.healthconnect.vermont.gov/information/communitypartners/assisters), o llame al 1-855-899-9600
- TTY/RETRANSMISIÓN:** Si es sordo, tiene problemas de audición o tiene una discapacidad del habla, marque el 711.
- CORRESPONDENCIA:** Vermont Health Connect, 280 State Drive - NOB1 South  
Waterbury, VT 05671-8100

<p><b>Utilice esta solicitud para lo siguiente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Plan de seguro médico para inmigrantes (IHIP):</b> para niños menores de 19 años y personas embarazadas. Para cumplir los requisitos, deben tener una condición migratoria que solo les permita obtener Medicaid de emergencia. Esto puede incluir a los inmigrantes que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingresaron legalmente en los EE. UU., pero incumplieron los términos de su condición (<i>Ejemplo: permanecieron más tiempo que la vigencia de su visa</i>);</li> <li>○ Ingresaron en los EE. UU. sin documentos ni permiso;</li> <li>○ Algunos no inmigrantes temporales, incluidos los trabajadores agrícolas;</li> <li>○ Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA);</li> <li>○ Están esperando medidas de una agencia de inmigración sobre una solicitud formal;</li> <li>○ Son solicitantes de asilo que aún no han presentado una solicitud; O que aún no se les ha concedido la autorización de empleo; O si son menores de 14 años, que han tenido una solicitud pendiente durante menos de 180 días.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>NO utilice esta solicitud para lo siguiente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar de cambios. Para informar de cambios en su información, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-855-899-9600. O bien, envíe sus cambios por correo a la siguiente dirección: <i>Vermont Health Connect, 280 State Drive - NOB 1 South, Waterbury, VT 05671-8100</i></li> <li>• Medicaid (incluido Medicaid de emergencia), programas de Farmacia (Vpharm y Healthy Vermonters) o Programas de ahorro de Medicare. Si desea solicitar alguno de estos programas, llame al Equipo de Atención al Cliente al 1-855-899-9600.</li> </ul>
<p><b>Por qué necesitamos esta información:</b></p>	<p>Preguntamos por los ingresos y otros datos a fin de determinar para qué tipo de cobertura reúne los requisitos. Se pueden contar los ingresos de algunos miembros del hogar, aunque no presenten una solicitud. Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que nos proporcione, tal y como lo exige la ley. <b>NO</b> compartiremos su información con el gobierno de los Estados Unidos.</p>
<p><b>Asegúrese de tener lo siguiente:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia que vivan con usted.</li> <li>• Prueba de identidad, edad y residencia en el estado de cualquier persona que presente una solicitud.</li> <li>• Consulte la página 5.</li> </ul>



### Hay servicios de interpretación disponibles

(العربية) 1-855-899-9600 اتصل بالرقم. إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فستوفر لك خدمات مساعدة اللغة مجاناً.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電。繁體中文

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-899-9600 (Deutsch)

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-899-9600 (Español)

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-899-9600 (Français)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。まで、お電話にてご連絡ください。日本語

In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-899-9600 (Italiano)

तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको भाषा सहायता सेवाहरू ननिःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ। फोन गर्नुहोस् 1-855-899-9600। नेपाली

Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-899-9600 (Oroomiffa)

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-899-9600 (Português)

Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-899-9600 (Русский)

Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-899-9600 (Srpsko-hrvatski)

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-899-9600 (Tagalog)

ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาไทย ฟรี โทร 1-855-899-9600 (ภาษาไทย)

Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-899-9600 (Tiếng Việt)

**Puede guardar esta página para consultarla en el futuro.**

## ¿Cómo debe solicitar el Plan de seguro médico para inmigrantes (IHIP)?

### Hay dos maneras de solicitar el Plan de seguro médico para inmigrantes (IHIP):

1. Solicitud de Medicaid (205ALLMED)
2. Solicitud del IHIP (205IHIP)

### ¿Tiene preguntas? ¿No está seguro de cuál es la mejor solicitud para usted?

Llame gratuitamente a la Oficina del Defensor de la Salud de Vermont Legal Aid al 1-800-917-7787. Ellos pueden ayudarle.

### ¿Está embarazada?

#### 1. Si lo pide mediante la solicitud de Medicaid:

- Si cumple las normas, recibirá tanto Medicaid de emergencia como IHIP.
  - Medicaid de emergencia pagará el parto y el nacimiento.
  - El IHIP pagará las demás necesidades de atención médica.
- Incluiremos a su bebé en Medicaid en cuanto nazca. No tendrá que presentar una solicitud.
- El bebé recibirá Medicaid durante los 12 meses siguientes a su nacimiento. Esto es así incluso si sus ingresos aumentan. Pero deben seguir viviendo en Vermont.
- Compartimos la información de su seguro médico con los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Los CMS ayudan a gestionar Medicaid. La ley establece que nosotros y los CMS solo podemos compartir su información por motivos relacionados con Medicaid. La información NO se puede compartir con las autoridades federales de inmigración como el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE).

#### 2. Si presenta la solicitud del IHIP:

- Si cumple las normas, solo recibirá el IHIP.
  - El IHIP pagará el parto y el nacimiento.
  - El IHIP pagará las demás necesidades de atención médica.
- Su bebé no recibirá Medicaid tan pronto como nazca. Tendrá que solicitarlo. Tenemos 45 días para decidir si lo recibe.
- La información sobre su salud no se puede compartir con ninguna parte del gobierno federal.

### ¿Es menor de 19 años?

- Puedes solicitar el IHIP utilizando la solicitud de Medicaid O la solicitud del IHIP. Ambos pagan las mismas cosas.
- ¿Está utilizando la solicitud del IHIP? La información sobre su salud no se puede compartir con ninguna parte del gobierno federal.
- ¿Utiliza la solicitud de Medicaid? Su información médica solo puede compartirse con los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Los CMS ayudan a gestionar Medicaid. La ley establece que nosotros y los CMS solo podemos compartir su información por razones relacionadas con Medicaid. La información **NO** se puede compartir con las autoridades federales de inmigración como el ICE.

### ¿Hay otras personas en su hogar que sean ciudadanos estadounidenses? ¿O tienen una condición migratoria elegible para Medicaid?

- Puede utilizar una sola solicitud de Medicaid para pedir el seguro para usted y para otras personas con las que viva.
- ¿Presentó la solicitud del IHIP? ¿Las demás personas que viven con usted son ciudadanos o tienen la condición migratoria elegible? Debe utilizar la solicitud de Medicaid para solicitarlo para ellos.

### Cómo pedirlo mediante la solicitud de Medicaid:

- **La mejor manera es por correo:** llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Pida que le envíen por correo una copia en papel de 205ALLMED. Cuando reciba la solicitud, complétela y envíela a:  
*Vermont Health Connect  
280 State Drive, NOB1 South  
Waterbury, VT 05671-8100*
- **Por teléfono:** llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**.
- **En línea:** [VermontHealthConnect.gov](http://VermontHealthConnect.gov)
- **En persona:** puede obtener ayuda en persona de un asistente. Para encontrar uno, visite [info.healthconnect.vermont.gov/find](http://info.healthconnect.vermont.gov/find) en Internet. O bien, llame al Servicio de Atención al Cliente de VHC al **1-855- 899-9600**.

### Cómo presentar la solicitud del IHIP:

- **Envíe el formulario 205IHIP por correo.** Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Pida que le envíen por correo una copia en papel de 205IHIP. Cuando reciba la solicitud, complétela y envíela a:  
*Vermont Health Connect  
280 State Drive, NOB1 South  
Waterbury, VT 05671-8100*
- **En persona:** puede obtener ayuda en persona de un asistente. Para encontrar uno en su zona, visite [info.healthconnect.vermont.gov/find](http://info.healthconnect.vermont.gov/find) en Internet. O bien, llame al Servicio de Atención al Cliente de VHC al **1-855- 899-9600**.

## Sus derechos y responsabilidades

Todos los solicitantes tienen estos derechos y responsabilidades.

¿Necesita una **copia en letra grande**? Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**.

### Si no habla o no lee inglés.

Le proporcionaremos servicios lingüísticos gratuitos. Esto significa:

- Intérpretes por teléfono
- Información escrita en su idioma

Si necesita esto, llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Si no recibe los servicios lingüísticos que necesita, puede presentar una queja. Para saber cómo hacerlo, consulte la sección **Qué hacer si cree que está siendo discriminado** en esta página.

**Derecho a la información sobre Medicaid.** Si está embarazada, puede solicitar Medicaid antes de dar a luz. Si le aprueban la solicitud, el recién nacido se incluirá en Medicaid de inmediato. En la mayoría de los casos, permanecerá en él durante un año. **Pero para ello debe ser aprobada la solicitud de Medicaid de emergencia.** Pregúntenos si solicitar Medicaid puede ayudar a otras personas con las que vive. Algunos niños pueden obtener el Plan de seguro médico para inmigrantes (IHIP) y otros pueden obtener Medicaid. Solicítelo para todos sus hijos.

**Derecho a solicitar y obtener una decisión en 45 días.** Puede tardar más tiempo si usted provoca un retraso. ¿Qué pasa si tarda más de 45 días? Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600** para obtener más información o para presentar una apelación. Dígales que ha solicitado el IHIP.

**¿No está de acuerdo con una decisión que hemos tomado? Puede apelar.** Una apelación significa solicitar una audiencia estatal imparcial ante la Junta de Servicios Humanos. Consulte la notificación de la decisión que le enviamos para obtener más información sobre su derecho a apelar. Debe apelar en un **plazo de 90 días**. Los 90 días empiezan a contar a partir de la fecha de su carta.

¿De cuánto tiempo disponemos para responder a su apelación? En la mayoría de los casos, debemos enviar una decisión definitiva sobre su recurso en un plazo de 90 días. El plazo de 90 días comienza cuando usted apela. Para apelar, llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Dígales que ha solicitado o está en el IHIP. También puede escribir a la Junta de Servicios Humanos, 120 State Street, Montpelier, VT 05620-4301.

Es posible que pueda obtener asesoramiento legal gratuito. Llame al Defensor de la Salud de Vermont Legal Aid al **1-800-917-7787**. **O bien**, vaya a <https://vtlawhelp.org/health> en Internet.

**Derechos de las personas con discapacidades.** ¿Tiene una afección física, mental o de aprendizaje? ¿Le dificulta hacer las cosas que le pedimos? Podemos hacer cambios para ayudarlo.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la ley de Vermont establecen que podemos tener que hacer cambios en nuestras normas. Los cambios se llaman “adaptaciones razonables”. Los cambios ayudan a las personas con discapacidades a solicitar y mantener un seguro médico. Estos son algunos ejemplos de cambios que podemos hacer:

- Darle más tiempo.
- Ayudarlo a conseguir las pruebas que necesita para darnos.
- Enviar avisos con una letra más grande.

Si necesita esto, llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Dígales que está en el IHIP.

**Derecho a recibir ayuda de otras personas.** Otra persona puede ayudarlo a solicitar y hacer otras cosas. También podemos enviar sus notificaciones y otros documentos a otra persona. Si lo desea, complete el Apéndice A.

**Qué hacer si cree que lo están discriminando.** No podemos tratarle de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo o edad. No podemos tratarle de forma diferente por su orientación sexual, identidad de género o discapacidad. ¿Qué pasa si no le damos los servicios que necesita relacionados con el idioma o la discapacidad? Puede ser un acto de discriminación.

¿Cree que lo hemos discriminado? Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Dígales que está en el IHIP. También puede presentar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al teléfono **(802) 241-0454**.

**Información para los no ciudadanos.** ¿Está recibiendo un seguro médico a través del IHIP? **No** cambiará su condición migratoria ni la de las personas que viven con usted. **NO** compartiremos ninguna información sobre su solicitud de IHIP o su seguro médico con el gobierno de los Estados Unidos. **¿Tiene alguna pregunta o inquietud?** Puede obtener ayuda legal **GRATUITA** llamando al Defensor de la Salud de Vermont Legal Aid al **1-800-917-7787**. **O bien**, vaya a <https://vtlawhelp.org/health> en Internet.

**Derecho a que su información se mantenga en secreto.** La información sobre su solicitud de IHIP y su seguro médico es privada y está protegida por la ley. **No** compartiremos ninguna información sobre usted con el gobierno de los Estados Unidos. **No** compartiremos su información con nadie más a menos que:

- Esté directamente relacionada con el funcionamiento de IHIP
- Lo exija la ley o una orden judicial
- Usted nos diga que podemos hacerlo

**Cómo utilizamos su información.** Utilizaremos su información para comprobar si cumple las normas del IHIP. También la utilizaremos para ayudar a pagar los cuidados y otras razones legales.

Podemos ponernos en contacto con organismos públicos y privados. **NO** nos pondremos en contacto con el gobierno de Estados Unidos. ¿Qué pasa si la información que nos suministra no coincide con lo que nos dijo? Podemos pedirle que nos envíe pruebas.

**Derecho a ver el expediente de su caso.** Díganos si quiere ver el expediente de su caso. Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600**. Díganos que está en el IHIP.

**Debe comunicárnoslo en un plazo de 10 días SI:**

- Cambia su dirección, teléfono o correo electrónico
- Sus ingresos cambian
- Cambia la persona que vive con usted
- Se queda embarazada
- Cambia su condición migratoria
- Obtiene otro seguro médico
- Se muda fuera del estado

Llame al Equipo de Atención al Cliente al **1-855-899-9600** para comunicar los cambios. Díganos que está en el IHIP.

**Debe darnos la información que le pedimos.** Nosotros decidimos si cumple las normas para obtener el IHIP. Debe darnos la información que necesitamos para decidir. Esto incluye que nos envíe los documentos que le pidamos. Si no lo hace, es posible que tengamos que rechazar su solicitud o suspender el IHIP.

**No mienta para conseguir o mantener el IHIP ni ayude a otra persona a conseguirlo o mantenerlo.** Esto también es válido para cualquier miembro de su hogar. ¿Qué ocurre si lo hace y lo declaran culpable? Las sanciones pueden incluir hasta 3 años de prisión o una multa.

(42 U.S.C. §1320a-7b; 33 V.S.A. §§141, 143)

**Acuerdo de divulgación de historiales médicos.** Usted acepta que su historial médico se pueda leer, utilizar y mostrar a otras personas en algunas situaciones. Esto permite que estos grupos compartan sus registros:

- Proveedores de atención médica
- Departamento de Acceso a la Salud de Vermont
- Los contratistas y concesionarios del Departamento

Pueden compartir sus registros para lo siguiente:

- Gestionar programas estatales de atención médica
- Cuando un hospital, un proveedor de atención médica, un proveedor de salud mental o una farmacia necesitan su historial médico. Esto incluye lo siguiente:
  - Información sobre el proveedor y la prescripción de su tratamiento.
  - El pago de su tratamiento.
  - Operaciones de atención médica.

¿Ha estado en un programa de tratamiento por consumo de drogas o alcohol? Usted acepta que nos digan qué medicamentos recetados recibió en su programa SI esto es necesario para su tratamiento.

¿Puede retirar su consentimiento para la divulgación de su historial médico? Sí, infórmelo por escrito y envíelo por correo a:

*DVHA Deputy Commissioner  
280 State Drive, NOB1 South  
Waterbury, VT 05671-1010*

**Acuerdo para permitirnos obtener dinero de terceros.** Usted nos da el derecho de intentar obtener cualquier dinero para sus gastos de atención médica de:

- Otros seguros médicos
- Acuerdos legales
- Otros terceros

Esto se aplica a usted y a cualquier persona de su hogar que reciba el IHIP.

### ¿Necesita ayuda?

Visite [dvha.vermont.gov/apply](https://dvha.vermont.gov/apply)  
o llame al Equipo de Atención al Cliente al  
**1-855-899-9600**.

Para los servicios TTY/retransmisión,  
marque el **711**.

Díganos que está en el IHIP.

Visite [dvha.vermont.gov/apply](https://dvha.vermont.gov/apply) o llame  
al Equipo de Atención al Cliente para  
obtener una copia de sus derechos y  
responsabilidades en el IHIP.



## 1

### Cuéntenos sobre usted

Le pedimos esta información para poder ponernos en contacto con usted en relación con esta solicitud.

Nombre *(primero, segundo y apellido)*

Número del Seguro Social *(opcional)*

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

Dirección del domicilio *(déjela en blanco si no tiene una)*

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal *(si es diferente a la del domicilio)*

Número de teléfono *(si lo tiene)*

Dirección de correo electrónico *(si la tiene)*

Si le llamamos, ¿en qué idioma debemos hacerlo?

## 2

### Háblenos de su familia

Inclúyase usted y los miembros de su familia inmediata que viven con usted. Incluya a su cónyuge y a sus hijos menores de 19 años. Incluya a los estudiantes a tiempo completo menores de 21 años, si viven con usted. No incluya a otros familiares o amigos, aunque vivan con usted.

Nombre <i>(Primer, segundo, apellido)</i>	Sexo	Fecha de nacimiento <i>(dd/mm/aaaa)</i>	Relación que tiene con usted	¿Solicita el Plan de seguro médico para inmigrantes? <i>(Sí o No)</i>	Conteste por los miembros de la familia que están presentando la solicitud. Si una persona no presenta la solicitud, no tiene que responder a estas preguntas por ella.		
					Número del Seguro Social <i>(opcional)</i>	¿Es usted ciudadano o de nacionalidad de EE. UU.? <i>(Sí o No)</i>	¿Vive en el estado de Vermont? <i>(Sí o No)</i>
(Igual que arriba)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		(Yo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### 3

#### Otras preguntas

Responda a estas preguntas sobre usted y los miembros de su familia que indicó en la sección 2. Sus respuestas facilitan la comprobación de que usted y los miembros de su familia cumplen las normas.

¿Hay alguna persona embarazada, aunque no solicite el Plan de seguro médico para inmigrantes?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_ Fecha estimada de parto: \_\_\_\_\_

¿Alguien que solicita el Plan de seguro médico para inmigrantes tiene otro seguro médico (Ejemplos: Medicaid, Medicare, etc.)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Nombre del plan de seguro: \_\_\_\_\_

### 4

#### Díganos cuáles son los ingresos de su familia

Escriba el total de ingresos antes de descontar los impuestos. Hágalo para todos los miembros de la familia enumerados en la sección 2.

##### Empleo (incluye trabajos temporales/contratados)

¿Hay algún miembro de su familia que tenga un empleo?

No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación.

→ Incluya a cualquier persona que haya trabajado en los últimos 30 días o que espere trabajar el próximo mes

¿Quién?	Nombre del empleador	¿Con qué frecuencia se le paga?	Promedio de horas/semana	Sueldos/propinas (antes de impuestos)
				\$ por hora semana 2 semanas 2 veces/mes mes año
				\$ por hora semana 2 semanas 2 veces/mes mes año

##### Trabajo por cuenta propia

¿Hay algún miembro de su familia que trabaje por cuenta propia?

No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación.

¿Quién trabaja por cuenta propia?	Tipo de trabajo	Ingreso mensual (Cantidad después de los gastos)
		\$
		\$

##### Ingreso adicional

¿Hay alguien en su hogar que tenga ingresos adicionales?  No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación.

Desempleo  Pensión alimenticia/manutención del cónyuge  Seguridad social  Pensión/jubilación  Ingresos por alquileres

Intereses/dividendos  Otros: *Ingresos/beneficios de la tribu, incapacidad a corto/largo plazo, juegos de azar/ganancias de la lotería*

¿Quién tiene ingresos adicionales?	Tipo de ingresos	Cantidad y frecuencia de los ingresos
		\$ por hora semana 2 semanas 2 veces/mes mes año
		\$ por hora semana 2 semanas 2 veces/mes mes año

## Deducciones

Enumere las deducciones que puede reclamar de la sección "Ajustes a los ingresos" del anexo 1 de su **declaración federal de la renta 1040**. No incluya ninguna deducción detallada del anexo A.

**NOTA:** No debe incluir un gasto que ya haya deducido de sus ingresos netos por cuenta propia.

- Ninguno
- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Se firmó el acuerdo después de 2018?  Sí  No
- Intereses de préstamos estudiantiles \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo(s): \_\_\_\_\_

## Ingresos anuales

¿Los ingresos de alguien cambian de un mes a otro?  No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación.

¿Los ingresos de quién cambian mes a mes?

Total de ingresos estimados para este año

¿Los ingresos de quién cambian mes a mes?	Total de ingresos estimados para este año

¿No ha indicado ningún ingreso en esta solicitud? Entonces díganos cómo se pagan sus gastos diarios. (Si no lo hace, su solicitud puede tardar más):

---

---

---

---

# 5

## Díganos si tiene facturas médicas sin pagar

¿Tiene gastos médicos/dentales de los últimos 3 meses? Es posible que podamos pagar esos gastos.

¿Desea solicitar ayuda para los gastos médicos/dentales de los últimos 3 meses?

No Si la respuesta es afirmativa, enumere a continuación.

¿Quién tiene las facturas médicas?

Díganos de qué mes o meses tiene las facturas médicas.

Nombre	Mes	Mes 2	Mes 3
Ejemplo: Yo	Julio	Agosto	Septiembre

¿Vivía en Vermont en cada uno de los meses? En caso negativo, ¿cuándo empezó a vivir en Vermont? \_\_\_\_\_

¿Sus ingresos fueron los mismos en los tres meses anteriores?  Sí  No

**Declaración de Condición Migratoria.** El Plan de seguro médico para inmigrantes es SOLO para niños menores de 19 años y personas embarazadas. Deben tener una condición migratoria por la cual solo pueden obtener Medicaid de emergencia. Cualquier persona con una condición migratoria que sepa que es elegible para Medicaid completo (NO solo Medicaid de emergencia) NO debe usar esta solicitud.

**Al firmar a continuación, juro que he leído y entendido la Declaración de Condición Migratoria anterior.**

La persona indicada en el PASO 1 debe firmar esta solicitud. ¿Es usted el representante autorizado de esa persona? Puede firmar por ella siempre que haya firmado el Apéndice A (en la página 6). ¿Es usted el *apoderado o tutor legal* de la persona indicada en el PASO 1? Presente la prueba con esta solicitud.

**Al firmar esta solicitud, usted acepta lo siguiente:**

- He leído y entiendo mis derechos y responsabilidades. Se describen en las páginas iii y iv de esta solicitud.
- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Eso significa que he dicho la verdad y que no he mentado a propósito. Si he mentado, podría pagar una multa o ir a la cárcel.

**¿Está firmando esta solicitud porque el solicitante es un niño menor de edad o un adulto incapacitado? Adulto incapacitado significa que no puede hacerlo por sí mismo. Entonces, usted acepta lo siguiente:**

- Estoy dando información para obtener y mantener los beneficios de atención médica para el solicitante. Esto se debe a que el solicitante es un niño menor de edad o tiene una afección física o mental que le impide hacerlo por sí mismo.
- Daré la mejor información que conozco sobre la situación del solicitante.
- Entiendo que no puedo ocultar información ni falsear los hechos a sabiendas. Si lo hago, podría tener que pagar una multa o ir a la cárcel. Me comprometo a notificar inmediatamente al Departamento de Acceso a la Salud de Vermont si me entero de cualquier cambio en la situación del solicitante.

**Firma** (*solicitante, o persona que firma en nombre del solicitante*)

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

X

**Todavía no ha terminado. Consulte la página siguiente para saber qué pruebas debe enviar con esta solicitud.**

**¿Está firmando porque el solicitante es un niño menor de edad o un adulto incapacitado? Facilite los datos que le pedimos a continuación. Es posible que tengamos que ponernos en contacto con usted para hacerle preguntas sobre la solicitud.**

Persona que firma en nombre del solicitante (*nombre, segundo nombre, apellido y sufijo [Jr., Sr., III, etc.]*)

Nombre de la agencia (*si corresponde*)

Número de teléfono

( ) -

Dirección/apartado de correos

Ciudad/Localidad

Estado

Código postal

**Mujeres, bebés y niños (WIC):** El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños ofrece exámenes de detección de salud, educación nutricional y alimentos para mujeres embarazadas, mujeres lactantes y niños menores de 5 años. Para conocer más sobre este programa, llame gratis al 1-800-4644343 o visite la página web de WIC en [healthvermont.gov/wic](http://healthvermont.gov/wic).

**Registro de votantes:** Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le gustaría recibir una solicitud de registro de votantes?

Sí  No

**Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.** El hecho de solicitar el registro o de negarse a registrarse para votar no afectará su derecho a los beneficios o a la cantidad que le conceda esta agencia. Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se registra o de solicitar el registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Oficina del Secretario de Estado en 128 State Street, Montpelier, VT 05633-1101, o llamar al 1-802-828-2363.

**¿Recibió ayuda con esta solicitud?** Es posible que tenga que completar el **Apéndice A:** Díganos quién le ayuda con esta solicitud



## Envíenos pruebas

Tenemos que comprobar cierta información que nos proporciona. Debemos asegurarnos de que cumple las normas del Plan de seguro médico para inmigrantes. Para **cada persona que solicite**, necesitamos pruebas de identidad, edad, ingresos y de que vive en Vermont. Para acelerar la tramitación de su solicitud, envíenos copias de las pruebas con su solicitud. Si no lo hace, le enviaremos una carta pidiéndoselas.

### Pruebas de que usted y los demás solicitantes **viven en Vermont**:

1. Dos elementos de correspondencia con el nombre y la dirección actual (Esto es solo si usted recibe el correo en la dirección de su residencia); **O**
2. ¿Qué pasa si no recibe correo en la dirección de su residencia? Necesitamos dos de los siguientes documentos que muestren la dirección de la residencia:
  - a. Contratos de alquiler o de arrendamiento
  - b. Facturas de los servicios públicos del hogar, incluidas las del teléfono móvil (la factura debe indicar la dirección del servicio)
  - c. Licencia de conducir de Vermont
  - d. Documentos del seguro, incluido el médico, el de vida, el del hogar, el de alquiler y el del vehículo
  - e. Una factura o declaración de impuestos sobre la propiedad con la ubicación física; **O**
3. ¿Qué pasa si vive con otras personas y no recibe correo en una dirección? Puede entregarnos una declaración jurada firmada diciendo que vive en una dirección determinada. También debe enviar uno de los documentos del punto 2 indicado anteriormente.

### La prueba de **identidad y edad** puede incluir lo siguiente. **Si ya nos ha enviado esto, no necesita hacerlo de nuevo**:

1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el gobierno (federal/estatal/local); **O**
2. Tarjeta de identificación escolar; **O**
3. Un registro de la clínica, el médico, el hospital o la escuela. Esto incluye registros de preescolar o de guardería (para niños menores de 19 años); **O**
4. Dos documentos con información coincidente que demuestre la identidad, como por ejemplo:
  - a. Tarjeta de identificación del empleador
  - b. Títulos de enseñanza secundaria y universitaria
  - c. Certificados de matrimonio
  - d. Sentencias de divorcio
  - e. Escrituras o títulos de propiedad; **O**
5. ¿Qué pasa si no tiene ninguno de estos documentos? Puede presentar una declaración jurada firmada, bajo pena de perjurio, por una persona que pueda jurar quién es usted. Debe decir que mentir a propósito le supondrá una multa o la cárcel. El documento debe contener su nombre y otros datos de identificación. Debe incluir su nombre, edad, sexo, raza, altura, peso, color de ojos y dirección.

### Prueba de **ingresos**: a continuación, se presentan los documentos más comunes para los diferentes tipos de ingresos:

1. Carta del empleador; **O**
2. Declaración de impuestos más reciente, incluido el 1040; **O**
3. Declaración de la renta completa, incluidos todos los formularios y anexos, si es un trabajador por cuenta propia; **O**
4. Declaración de salarios e impuestos (formulario W2); **O**
5. Talones de pago; **O**
6. Certificado de renta agraria (granja); **O**
7. Declaración de pérdidas y ganancias trimestral o anual más reciente

¿Necesita más ejemplos de documentos que pueda utilizar para demostrar sus ingresos y su identidad? Visite:

[dvha.vermont.gov/information-for-non-citizens](https://dvha.vermont.gov/information-for-non-citizens) para el Plan de seguro médico para inmigrantes.



**Información de la PERSONA 1**

Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo ( <i>Jr., Sr., III, etc.</i> )	Últimos 4 dígitos de su SSN _ _ _ _
--	--

**Puede elegir a un representante autorizado**

Puede dar permiso a una persona de confianza para que hable de esta solicitud con nosotros. Esta persona puede ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud. Esto incluye la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud por usted. Esta persona se llama representante autorizado. Usted decide si quiere tener un representante autorizado.

**Si decide tener uno:**

- Durará mientras reciba el IHIP. Dejará de tener estas facultades si nos pide que lo cambiemos o revoquemos su autorización de representación.
- No somos responsables de lo que un representante autorizado haga con su información (como decírselo a otros).
- Pregúntenos si quiere una copia de este formulario.

**Si decide no tener uno:**

- No cambiará si cumple las normas o lo que está cubierto.
- No divulgaremos su información a menos que la ley lo permita.

1. Nombre del representante autorizado ( <i>nombre, segundo nombre, apellido y sufijo [Jr., Sr., III, etc.]</i> )		
2. Dirección	3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad/Localidad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono (     )     -		
8. Nombre de la organización ( <i>si corresponde</i> )	9. Número de identificación ( <i>si corresponde</i> )	

**Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud y que pueda obtener información sobre su solicitud del IHIP y su seguro médico. Puede actuar en su nombre en algunos asuntos futuros del Plan de seguro médico para inmigrantes.**

10. Su firma	11. Fecha ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
--------------	---------------------------------

**Puede elegir un informador alternativo**

Puede dar permiso a alguien para que solo reciba copias de las cartas sobre su solicitud. Esta persona puede obtener información sobre la cobertura para usted y otras personas que figuran en la solicitud. Esta persona se llama informador alternativo. Un informador alternativo **no** puede actuar en su nombre ni informar de los cambios que se produzcan. Pero puede ayudarle a entender las cartas. Pueden recordarle si le pedimos información.

1. Nombre del informador alternativo ( <i>nombre, segundo nombre, apellido y sufijo [Jr., Sr., III, etc.]</i> )		
2. Dirección	3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad/Localidad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono (     )     -		
8. Nombre de la organización ( <i>si corresponde</i> )	9. Número de identificación ( <i>si corresponde</i> )	

**Al firmar, usted permite que esta persona reciba copias de las cartas sobre su solicitud. Esta persona puede obtener información sobre la cobertura para usted y otras personas que figuran en esta solicitud. Puede obtener toda la información sobre el Plan de seguro médico para inmigrantes en el futuro. Esto es solo si está dentro de lo permitido para el informador alternativo.**

10. Su firma	11. Fecha ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
--------------	---------------------------------

**Para cambiar o eliminar un representante autorizado o un informador alternativo,  
llame al Equipo de Atención al Cliente al 1-855-899-9600.  
(Esto no afectará a la información que ya hemos compartido)**