



**SOLICITUD MCHP – IMPRIMA TODAS LAS RESPUESTAS**

**Información del solicitante**

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primero* *M.I.*

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
*Dirección* *Apartamento/Unidad #*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad* *Estado* *Código postal*

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **SSN/ITIN:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
*Primario / Alternativo*

**Estado civil:** \_\_\_ Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?  SÍ  NO ¿Tiene Medicare?  SÍ  NO

¿Hay alguien en su hogar embarazada?  SÍ  NO ¿Fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en el hogar discapacitado?  SÍ  NO ¿Alguien fue liberado recientemente de la cárcel?  SÍ  NO

**Representante Autorizado**

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_  
*Apellido* *Primero* *M.I.*

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
*Dirección* *Apartamento/Unidad #*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad* *Estado* *Código postal*

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Relación contigo:** \_\_\_\_\_  
*Primario / Alternativo*

**Compruebe lo que desea que haga el representante:**

<input type="checkbox"/> Entrevista completa para usted	<input type="checkbox"/> Firma tu solicitud
<input type="checkbox"/> Reciba sus tarjetas médicas	<input type="checkbox"/> Recibir avisos



## SOLICITUD MCHP – IMPRIMA TODAS LAS RESPUESTAS

Por favor, enumere a todos los miembros de la familia en su hogar: por favor, marque sí si está solicitando a ese miembro:

1. **Sí/No – Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN/ITIN#** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

2. **Sí/No – Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN/ITIN#** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

3. **Sí/No – Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN/ITIN#** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

4. **Sí/No – Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN/ITIN#** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

5. **Sí/No – Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN/ITIN#** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

6. **Sí/No – Nombre:** \_\_\_\_\_ **SSN/ITIN#** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer / Hombre **Etnia:** Hispana o Latina **Raza (círculo uno):** Indio americano/nativo de Alaska, Asiático, Negro/Afro Americano, De Oriente Medio, Nativo de Hawái/Islas del Pacífico, Blanco, Otro, Prefiere no Decir

### ESTATUS MIGRATORIO

**Estado del INS:** \_\_\_\_\_ **Número del SIN:** \_\_\_\_\_

**Fecha de entrada en EE. UU.:** \_\_\_\_\_ **País de origen:** \_\_\_\_\_

- ❖ ¿Alguien tiene facturas médicas impagas durante los últimos 3 meses y desea solicitar cobertura retro? **SÍ / NO**
- ❖ ¿Alguien tiene seguro médico privado? **Sí / No**
- ❖ ¿Alguien tiene seguro médico en otro estado? **Sí / No**
- ❖ ¿Estás Registrada para Votar - **Sí / No**      ¿Le gustaría Registrarse para Votar? - **Sí / No**



**SOLICITUD MCHP – IMPRIMA TODAS LAS RESPUESTAS**

**RENDIMIENTOS DEL TRABAJO**

<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR (incluir dirección y número de teléfono)</b>	<b>TASA DE PAGO</b>	<b>NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS</b>	<b>IMPORTE POR PAGO</b>	<b>CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE</b>	<b>SI EL TRABAJO TERMINÓ, FECHA Y MONTO DEL PAGO</b>

**OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS**

<b>TIPO DE PRESTACIÓN</b>	<b>RECIBIR BENEFICIOS</b>	<b>IMPORTE</b>
• SEGURIDAD SOCIAL	SÍ / NO	\$
• SSI	SÍ / NO	\$
• SSDI	SÍ / NO	\$
• DESEMPLEO	SÍ / NO	\$
• PENSIÓN	SÍ / NO	\$
• MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS	SÍ / NO	\$
• PENSIÓN ALIMENTICIA	SÍ / NO	\$
• PENSIÓN VA	SÍ / NO	\$
• ASIGNACIÓN MILITAR	SÍ / NO	\$
• DINERO DE LOS INGRESOS POR ALQUILER	SÍ / NO	\$
• DINERO DEL CUIDADO DE NIÑOS	SÍ / NO	\$
• ANUALIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	SÍ / NO	\$
• COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR	SÍ / NO	\$
• IMPORTES A TANTO ALZADO	SÍ / NO	\$

**¿Alguien te reclama sus impuestos?** Sí / No Si es así, quién y su relación con usted \_\_\_\_\_

**Por favor, marque el estado fiscal:** -Jefe de familia -Casado que presenta una declaración conjunta -Casados que presentan una declaración por separado -Impuestos no declarados/declarados -Dependiente de impuestos - Impuestos de declaración única



## SOLICITUD MCHP – IMPRIMA TODAS LAS RESPUESTAS

### SECCIÓN DE FIRMA

Entiendo que, como lo exige la ley de Maryland, ciertas agencias de aplicación de la ley que investigan el fraude pueden obtener información sobre mi solicitud, ingresos, beneficios y otra documentación como parte de su investigación. Si bien el acceso a mi solicitud y la información de beneficios normalmente es limitado (bajo el Artículo de Servicios Humanos § 1-201 del Código de Maryland), estos límites no se aplican a estas agencias de investigación. Tales agencias incluyen la Oficina del Inspector General del Departamento de Servicios Humanos. Entiendo que no necesito dar mi consentimiento a estas agencias para que investiguen cualquier acusación de fraude en mi contra. Cualquier información encontrada como resultado de la investigación puede ser utilizada en mi contra si se procesa una acusación de fraude.

He leído o alguien me ha leído y me ha explicado toda la solicitud. Juro afirmar bajo pena de perjurio, que toda la información que di es verdadera, correcta y completa lo mejor que pueda, creo y conocimiento. Recibí una copia de mis Derechos y Responsabilidades. Autorizo a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que conozca los hechos sobre mi elegibilidad a dar esa información al Departamento. También autorizo al Departamento a contactar a cualquier persona, sociedad, corporación, asociación o agencia gubernamental que haya dado prueba de mi elegibilidad para los beneficios. Certifico, bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre a continuación, todas las personas para las que estoy solicitando son ciudadanos estadounidenses, inmigrantes admitidos legalmente o individuos en estatus migratorio satisfactorio.

Firma del solicitante		Fecha
Firma del cónyuge		Fecha
Firma del representante autorizado		Fecha

❖ **No deseo solicitar asistencia médica. Retiro mi solicitud.**

Firma del solicitante/representante autorizado: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante/representante autorizado: \_\_\_\_\_