



Use esta Solicitud para ver para cuál cobertura califica.

- Seguro gratuito o de bajo costo de TennCare o CoverKids.
- Ayuda para pagar los gastos de Medicare.



¿Quién puede usar esta Solicitud?

- Use esta Solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Otras personas de su hogar que quieran solicitar TennCare o CoverKids.
- Las familias que incluyen a inmigrantes pueden presentar la solicitud. Puede solicitar en nombre de su hijo aunque usted no califique para la cobertura. La solicitud no afectará su estado de inmigración ni la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- **Esta solicitud no se puede utilizar para la cobertura de Katie Beckett.** La solicitud para Katie Beckett se debe presentar en línea. Vaya a <https://tenncareconnect.tn.gov>. Inicie sesión en su cuenta o cree una cuenta para presentar la solicitud.



Cosas que podría necesitar para completar esta Solicitud

- Números de Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante legal que necesite seguro médico).
- Información sobre empleadores e ingresos de todos en su familia (por ejemplo, de talonarios de cheques de paga, formularios W-2, estados de cuenta bancarios o declaraciones de impuestos y salarios). Los números de póliza de cualquier seguro médico que tenga ahora (aparte de TennCare o CoverKids).
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo disponible para su familia.



¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos sobre los ingresos y otra información para informarle para qué cobertura califica y si puede recibir ayuda para pagarla.

Mantendremos privada y segura toda la información que usted nos proporcione, como lo dispone la ley. Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, vaya a <https://www.tn.gov/web-policies/privacy-statement.html>.



¿Qué sucede después?

Envíe su Solicitud completa y **firmada** a:
TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

También puede enviar su formulario por **fax** al **1-855-315-0669**.

¿Y si no tiene toda la información que pedimos cuando es el momento de enviarnos su Solicitud? Firme y envíenos su Solicitud de todos modos. Después de que recibamos su Solicitud, veremos si nos faltan datos de usted. Entonces le enviaremos una carta pidiéndole que nos envíe los datos que todavía necesitamos. Esa carta incluirá una portada que devolverá con sus datos. La portada nos ayuda a vincular fácilmente los datos que envía a su Aplicación.

Después de que recibamos su Solicitud y datos, revisaremos su información. Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Si tiene preguntas, llámenos gratis al **1-855-259-0701**.



¿Quiere saber de qué otras maneras puede presentar la solicitud?

En línea: <https://tenncareconnect.tn.gov>

Teléfono: Llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701** para presentar la solicitud o recibir ayuda.

En español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-259-0701**.

En persona: Puede presentar la solicitud en la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS). Para encontrar la oficina local, vaya a www.tn.gov/humanservices y haga clic en "Office Locations" al pie de la página.



Ayuda para completar esta Solicitud

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Puede llamar a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

¿Y si necesita ayuda personal con su Solicitud? Puede obtener ayuda de TennCare Connect. Llame al: 1-855-259-0701.

En la oficina local del Departamento de Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHS) le pueden ayudar. Para encontrar la oficina local, vaya a <https://www.tn.gov/humanservices> y haga clic en "Office Locations" en la parte inferior de la página o llame al 1-866-311-4287. Si llama desde Nashville, llame al 1-615-313-4700.

Si está recibiendo atención en un centro local de salud mental de la comunidad, ellos también pueden ayudarle. La lista de oficinas se encuentra en: www.tamho.org/#services.

¿Tiene alguna discapacidad intelectual y/o del desarrollo y necesita ayuda con su Solicitud?

Puede recibir ayuda del Departamento de Discapacidades del Desarrollo e Intelectuales (Department of Developmental and Intellectual Disabilities) en el área donde vive:

Oeste de TN: 1-866-372-5709

Centro de TN: 1-800-654-4839

Este de TN: 1-888-531-9876

¿Desea solicitar Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) o en una casa de convalecencia y necesita ayuda con su Solicitud? Puede recibir ayuda de la Agencia Local para Discapacidades y Senectud (Area Agency on Aging and Disability, AAAD). Llame al: 1-866-836-6678.

¿Le está ayudando alguien a llenar esta Solicitud? Si sí, ¿quién es? Nombre: _____

¿Tiene una Persona que Ayuda que pueda hablar con nosotros sobre su Solicitud en su nombre? Esta persona puede ser igual o diferente a la persona que mencionó anteriormente. Una Persona que Ayuda es una persona de confianza que, con su consentimiento (su autorización), puede actuar en su nombre y en el de todos los miembros de su hogar.

Su Persona que Ayuda puede ser un individuo o una organización. La información divulgada por y a su Persona que Ayuda puede ser divulgada a otros. No todos tienen que seguir las mismas reglas de privacidad.

Su Persona que Ayuda continuará teniendo estos derechos hasta que usted nos diga que desea cambiar. Si alguna vez necesita cambiar a su Persona que Ayuda o desea terminar sus derechos como su representante, llame a TennCare Connect al 1-855-259-0701. Esto no cambiará los datos que ya hayamos divulgado a su Persona que Ayuda, pero no le divulgaremos más datos.

Si usted o alguien en esta Solicitud ya tiene una Persona que Ayuda (un guardián, custodio o apoderado), envíenos el comprobante con la Solicitud. Es útil enviarlo aunque ya nos haya dado ese comprobante.

Díganos sobre su Persona que Ayuda completando la información a continuación.

1. Nombre de la Persona que Ayuda (nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono		
8. Firma		

Díganos las obligaciones y el permiso concedido a esta Persona que Ayuda:

- Firmar una solicitud para todos los miembros de mi hogar.
- Llenar y enviar un Paquete de Renovación para los miembros de mi hogar.
- Recibir todos los avisos, tarjetas de seguro y otras comunicaciones sobre la solicitud, las citas, las renovaciones o la elegibilidad de todos los miembros de mi hogar.
- Actuar como el Representante Autorizado de todos los miembros de mi hogar. Esto significa que esta persona puede ayudar con todos los problemas de elegibilidad, entre ellos:
- firmar solicitudes, completar y enviar Paquetes de Renovación y recibir avisos como se indica arriba;
 - asistir a entrevistas, audiencias o apelaciones;
 - el proceso de apelación, incluidos los procedimientos legales.

¿Cuánto tiempo quiere que la Persona que lo Ayuda le ayude? 3 meses 5 meses 1 año Continuamente

Si alguna vez usted necesita cambiar a su Persona que le Ayuda o quiere o anular sus derechos como su representante, llame a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

Si su Persona que Ayuda forma parte de una organización que le ayuda a presentar la solicitud, como un hospital, un médico o una casa de convalecencia, el empleado representante debe completar la información y firmar a continuación. Él o ella también debe aceptar que:

Como empleado, miembro del personal o voluntario de la organización o proveedor nombrado a continuación, afirma que observará 42 CFR 431(f), 42 CFR 155.260(f) y 45 CFR 447.10, así como otras leyes estatales y federales pertinentes sobre los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información. La organización o proveedor deberá notificar a la Agencia cualquier cambio en el nombre o información de contacto del representante en un plazo de diez (10) días del cambio.

1. Nombre de la organización (si corresponde)	2. Número de identificación (si corresponde)
3. Firma del representante autorizado (si corresponde)	4. Fecha (si corresponde)

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24



Escriba en letras mayúsculas de molde usando solo tinta negra o azul oscuro. Marque las casillas () así .

Antes de comenzar:

Use esta Solicitud para solicitar TennCare, CoverKids o un programa de ahorros de Medicare, como QMB/SLMB.

PASO 1: Persona 1 Sus datos personales.

Usted será la **Persona 1** comenzando en la página siguiente. La Persona 1 es el jefe de familia.

1. Nombre		Segundo nombre		Segundo nombre		Sufijo (Jr., Sr., III)	
2. Dirección residencial (deje en blanco si no tiene dirección)						3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad			5. Estado	6. Código postal		7. Condado	
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)						9. Número de apartamento o suite	
10. Ciudad			11. Estado	12. Código postal		13. Condado	
14. Teléfono Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo (____) ____ - ____ Ext:				15. Otro número de teléfono Tipo: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo (____) ____ - ____ Ext:			
16. ¿Cuál es su idioma preferido hablado?				¿Cuál es su lenguaje preferido escrito?			
17. Dirección de correo electrónico							

¿Están usted y su unidad familiar sin casa o viviendo en un refugio? Sí No

Si no tiene hogar o si quiere que le enviemos ninguna carta sobre su cobertura, indique la dirección de correo postal a la que podemos enviarle correo. ¿Y si no tiene una dirección postal? Use la dirección de un miembro de la familia, un amigo, un refugio o la dirección de una agencia donde pueda recibir su correo. No podemos tomar una decisión sobre su solicitud si no nos da una dirección.

¿Are you and your household a part of the Safe at Home Program? Sí No

Si sí, ¿cuál es su número de identificación? _____

PASO 2: Persona 1 Díganos sobre su familia.

Usaremos sus datos para ver si califica para la cobertura de atención médica con nosotros. Primero veremos si califica para TennCare. Si sus ingresos son demasiado altos, pero tiene menos de 19 años o está embarazada y cumple con otras reglas, veremos si califica para CoverKids. El tipo de programa para el que usted califica depende de la cantidad de personas en su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que pueda obtener cobertura con nosotros.

Incluya a:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos (o hijastros) menores de 21 años que vivan con usted
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 21 años bajo su cargo y que viva con usted

NO tiene que incluir:

- Sus padres si viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos

Los menores de 21 años también incluyen:

- Padre/madre (o padrastro/madrastra) que viva con usted
- Hermanos (o hermanastros) que vivan con usted
- Sus hijos (o hijastros) menores de 21 años que vivan con usted
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted

Complete el Paso 2 para cada persona en su familia.

Comience con usted mismo, luego agregue a otras personas que vivan con usted. Si hay más de 2 personas en su familia, deberá hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. O bien, puede imprimirlas desde nuestro sitio web en www.tn.gov/tenncare.

No tiene que proporcionar el estado de inmigración o un número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no quieren cobertura de seguro médico. Mantendremos privada y segura toda la información que usted nos proporcione, como lo dispone la ley. Usaremos información personal sólo para ver si califica para cobertura de seguro médico.



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al 1-855-259-0701. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24

PASO 2: PERSONA 1 **Comience con usted mismo. Recuerde, la Persona 1 es el Jefe de Familia.**

Complete el Paso 2 para usted y otros miembros de la familia que viven con usted. Esto incluye a cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales (si presenta una). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde seguir agregando a los miembros de la familia que vivan con usted.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr., III)
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	4. Relación con la Persona 1 YO MISMO

5. **Número de Seguro Social (SSN)** _ _ - _ - _ Si no, ¿en qué fecha lo solicitó? _____

★ Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) si desea cobertura de seguro médico y tiene un SSN o puede obtener uno. Usamos el SSN para comprobar ingresos y otra información para ver quién califica para ayuda con los pagos de la cobertura de seguro médico. Si necesita ayuda para obtener un SSN, visite socialsecurity.gov, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. O llame gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

6. ¿Está solicitando cobertura de seguro médico nosotros? Sí No **Si no, por favor, conteste las preguntas 13, 22, 40-52, y 54-55.**

7. **Si es hispano/latinoamericano (Marque todo lo que corresponda).**

Mexicano Mexicano americano Chicano Puertorriqueño Cubano
 Otra: _____ Prefiere no contestar

8. **Raza (Marque todo lo que corresponda.)**

Blanco Japonés Asiático, otro Otra: _____
 Negro o afroamericano Coreano Nativo de Hawái Prefiere no contestar
 Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska Indio asiático Guameño o chamorro
 Filipino Chino Samoano
 Vietnamita De otra isla del Pacífico

9. ¿En algún momento ha sido conocido por algún otro nombre? **Si sí:**

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., III): _____

10. Si es aprobado para TennCare Medicaid o CoverKids, hay tres planes de seguro médico de los que puede elegir. Trataremos de inscribirlo en el plan que usted elija. Si no elige uno ahora, nosotros escogeremos. Por lo general, los miembros de la familia se inscriben en el mismo plan. Elija el mismo plan de seguro médico para cada persona en esta Solicitud.

Yo quiero que mi plan de seguro médico sea: Wellpoint BlueCare Tennessee UnitedHealthcare Community Plan

Para averiguar más sobre estos planes de seguro médico y cómo comunicarse con ellos, visite www.tn.gov/tenncare/members-applicants/managed-care-organization.

11. ¿Es usted residente de Tennessee? Sí No

12. ¿Está viviendo fuera del estado temporalmente? Sí No

Si es así, ¿piensa regresar a Tennessee? Sí No

Fecha en que planea regresar a Tennessee: _____ (mm/dd/aaaa)

13. Si tiene menos de 22 años, ¿cuál es el estado de su matriculación escolar? **Sáltese esta pregunta si tiene 22 años de edad o más.**

Ninguno Menos de 6 horas/semana 6 o 7 horas/semana 8 a 11 horas/semana 12 o más horas/semana (tiempo completo)

14. ¿Es usted un **ciudadano estadounidense** o de **nacionalidad estadounidense**? Sí No **Si sí, sáltese 16-17.**

15. ¿Es usted un ciudadano naturalizado o derivado? Sí No **Si sí, conteste a. y b.**

a. Número de extranjero: _____

b. Número de certificado: _____

16. Usted no tiene que contestar esta pregunta de inmigración. Pero si no lo hace, puede limitar el tipo de cobertura para la que puede calificar. La solicitud no afectará su estatus migratorio ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.

Si no es un ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible? Sí NO

a. ¿Cuál es su estado de inmigración? _____

¿En qué fecha obtuvo esta persona este estado? _____

Complete su tipo de documento y número de identificación a continuación. Tipo de documento:

Número de extranjero Número I-94 Número de tarjeta Número de pasaporte
 SEVIS ID No. de Certificado de Naturalización No. de Certificado de Ciudadanía Número de Visa

Otros: _____

Número de ID: _____

b. ¿Tuvo usted un estado de inmigración diferente? Sí No

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

17. ¿Es usted, o su cónyuge o padre/madre, veterano o miembro del servicio activo del ejército estadounidense? Sí No

18. ¿Es usted Indio nativo de Estados Unidos o de Alaska? Conteste 19-21. Sí No **Si no, sáltese las preguntas 19-21.**

19. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si sí, ¿cómo se llama la tribu? _____

20. ¿Alguna vez ha recibido un servicio de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

21. ¿Califica para recibir servicios de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24

PASO 2: PERSONA 1 **Siga con usted mismo.**

22. ¿Planea presentar usted declaración de impuestos federales en el próximo periodo de declaración de impuestos? Aunque usted no presente una declaración de impuestos federales puede solicitar cobertura.
- Sí. Si sí**, conteste las preguntas a – d. **No. Si no**, sáltese a la pregunta d.
- a. ¿Declarará usted junto con su cónyuge? Sí No
Si sí, escriba el nombre de su cónyuge: _____
 ¿Esta persona vive fuera del hogar? Sí No
- b. ¿Reclamará usted a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- c. ¿Vive alguno de sus dependientes fuera de su hogar? Sí No
Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- d. ¿Será reclamado usted como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No
Si sí, escriba el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es su relación con contribuyente? _____
-
23. ¿Vive usted por lo menos con un niño menor de 18 años (o el niño tiene 18 años y es estudiante de tiempo completo)? Y, ¿es usted la persona principal que cuida a este niño? Sí No
Si sí, ¿de quién? _____ ¿Cuál es su relación con él o ella? _____
-
24. ¿Usted está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí No
Si sí, ¿cuántos bebés está/estaba esperando en este embarazo? _____
 ¿Usted sigue embarazada? Sí No
Si sí, ¿cuál es su fecha de parto prevista? (Está bien decimos una fecha aproximada si no sabe con seguridad.) _____ (mm/dd/aaaa)
Si no, ¿cuándo terminó su embarazo? _____ (mm/dd/aaaa)
 ¿Hay algún otro embarazo de los últimos 12 meses que quiera reportar? Sí No
Si sí, ¿cuántos bebés está/estaba usted esperando en ese embarazo? _____
 ¿Cuándo terminó ese embarazo? _____ (mm/dd/aaaa)
-
25. ¿Tiene usted menos de 19 años o está embarazada y recibió algún servicio médico en los últimos 3 meses? Sí No
Si sí, ¿cuál fue la fecha del servicio? _____ (mm/dd/aaaa)
-
26. ¿Está inscrito o tiene derecho a inscribirse en Medicare Parte A o B? Sí No
-
27. ¿Ha sufrido un problema de salud de emergencia y necesita ayuda para pagar esos servicios de emergencia? Sí No
-
28. ¿Estuvo usted en cuidando de crianza (foster) a los 18 años o más y recibía Medicaid? Sí No
-
29. ¿Es menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero?
 Sí No
-
30. ¿Está usted en una instalación médica (como un hospital) ahora y ha estado allí por lo menos 30 días? O, ¿está en una instalación médica (como un hospital) ahora y estará allí por lo menos 30 días? Sí No
(Opcional) Si sí, ¿cuándo fue internado en el instalación médica? _____ (mm/dd/aaaa)
(Opcional) Díganos el nombre de la instalación médica en la que se encuentra: _____
(Opcional) Díganos el nombre y número de teléfono del doctor: _____
-
31. ¿Vive en una instalación médica o casa de convalecencia? Sí No
Si sí, ¿cómo se llama el centro o la casa de convalecencia? _____
-
32. ¿Necesita atención para enfermos terminales (hospicio)? Sí No
-
33. ¿Califica usted para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en el hogar?
 Sí No
(Opcional) ¿Y si cree que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Llame a la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability) al 1 866-836-6678. De todas maneras debe completar esta Solicitud, pero ellos pueden ayudarte.
-
34. ¿Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo y quiere atención en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual o ICF/IID? Sí No
-
35. ¿Tiene discapacidades intelectuales y/o del desarrollo y desea recibir Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y participar en Employment and Community First CHOICES? Sí No
 ¿Y si cree que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Luego también debe completar un referido en línea en: <https://periss.tennnecare.tn.gov/externalreferral>.
Recuerde, no puede usar esta solicitud de papel para solicitar Katie Beckett. Debe presentar una solicitud en línea en <https://tenncareconnect.tn.gov>.
-
36. ¿Tiene Medicare y desea obtener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare como QMB o SLMB? Sí No
 Quizás lo conozca como Plan de Ahorros de Medicare o MSP.
-
37. ¿Recibió beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI en el pasado pero ahora no? Sí No
Si sí, ¿cuándo terminó? _____
-
38. ¿Tiene gastos por cosas que lo ayuden a trabajar porque es ciego o discapacitado? Sí No
-
39. ¿Si tiene menos de 22 años, ¿trabaja a tiempo completo? Sí No

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24



PASO 2: PERSONA 1 Información sobre el trabajo actual y los ingresos

Información sobre el trabajo actual y los ingresos.

- Tiene empleo:** Si actualmente está empleado, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 40. **Desempleado:** Sátese a la pregunta 50. **Empleo por cuenta propia:** Sátese a la pregunta 52.

Trabajo actual 1:

40. Nombre del empleador		
a. Dirección del empleador		
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal
41. Número de teléfono del patrón (____) _____ - _____		
42. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	43. ¿Cómo le pagan? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez	44. Promedio de horas trabajadas en cada período de paga (conteste solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 43.)

Trabajo actual 2: (Si tiene trabajos adicionales y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

45. Nombre del empleador		
a. Dirección del empleador		
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal
46. Número de teléfono del patrón (____) _____ - _____		
47. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	48. ¿Cómo le pagan? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez	49. Promedio de horas trabajadas en cada período de paga (conteste solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 48.)

50. Otros ingresos que recibe este mes: Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.

Nota: No necesita informarnos sobre Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

- Ninguno Ing. netos agric./pesca \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Seguro Social \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Ing. netos de alq./regalías \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Si marcó la casilla de Seguro Social, debe responder pregunta 53 a continuación. Ingresos de lotería \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Comp. por desempleo \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Pensión alimenticia \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Fecha de la orden de pensión alimenticia: _____
- Trabajador del censo \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Otros ingresos \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Frecuencia? _____ Tipo: _____

Ingresos tribales (cierto dinero recibido no se puede contar para Medicaid o CoverKids). Indique todos los ingresos tribales (cantidad y frecuencia) que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
- Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

51. En los últimos 12 meses (1 año), ¿ha recibido una suma de dinero como pago atrasado del Seguro Social o un premio de lotería? Sí No

- a. Si sí, ¿cuánto recibió? \$ _____
- b. ¿Cuándo recibió esta suma? _____
- c. ¿De dónde provino? _____

52. Si trabaja por su cuenta, conteste las preguntas a-c.

- a. ¿A qué se dedica? _____
- b. ¿Qué tipo de trabajo por cuenta propia hace? _____
- c. ¿Cuántos ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) recibirá de este trabajo por cuenta propia este mes?
\$ _____

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al 1-855-259-0701. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24



PASO 2: PERSONA 1 Continúe diciéndonos sobre usted.

(Responda la pregunta 53 solo si marcó la casilla de Seguro Social en la pregunta 50 arriba.)

53. ¿Alguien aparte de uno de sus padres (si es menor de 18 años) o su cónyuge le ayuda a pagar su comida O su vivienda cada mes? (Gastos de vivienda incluye cosas como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura, impuestos a la propiedad.)

Sí No **Si sí**, conteste las preguntas a-g.

a. ¿La persona que le ayuda a usted a pagar esto vive con usted? Sí No

b. ¿Qué es lo ayuda a pagar? _____

c. ¿Cuánto es ese gasto o cuenta? \$ _____

d. ¿Cuánto paga usted? \$ _____

e. ¿Cuánto paga la persona que le ayuda a pagar esto? \$ _____

f. ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____

g. ¿Todas las personas que viven con usted reciben algún tipo de asistencia pública? (La asistencia pública incluye Families First, SSI, Ayuda en Caso de Desastres y Emergencias (Disaster Relief and Emergency Assistance), pensión de la Administración de Veteranos (VA), Socorro y Asistencia de la VA, la Ley de Refugiados de 1980.) Sí No

54. ¿Tiene deducciones antes de impuestos? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda: Indique cuánto paga cada mes. **Si no**, sátese a la pregunta 55.

Seguro médico \$ _____ por mes

Compensación diferida \$ _____ por mes

Seguro dental \$ _____ por mes

Primas de seguros de vida antes de impuestos \$ _____ por mes

Seguro para atención de la vista \$ _____ por mes

Otra deducción \$ _____ por mes

Cuenta de gastos flexibles (planes de seguro médico y para dependientes) \$ _____ por mes

Tipo: _____

55. ¿Tiene gastos que se puedan deducir en una declaración de impuestos? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda. Indique la cantidad que paga cada mes. **Si no**, sátese esta pregunta.

Pensión alimenticia pagada \$ _____ por mes

Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ por mes

Fecha de la orden de pensión alimenticia _____

Gasto de mudanza militar \$ _____ Total

Intereses de préstamos estudiantiles pagados \$ _____ por mes

Otra deducción \$ _____ por mes

Matrícula y cuotas \$ _____ por mes

Gastos de educador \$ _____ por mes

Tipo: _____

Gastos de negocio \$ _____ por mes

Parte deducible del trabajo por cuenta propia \$ _____ por mes

¡Gracias! ¡Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted!



PASO 2: PERSONA 2 Díganos sobre otro miembro de la familia.

Complete el Paso 2 para otros miembros de la familia que viven con usted. Esto incluye a cualquier persona en su misma declaración de impuestos federales (si presenta una). Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde seguir agregando a los miembros de la familia que vivan con usted.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr., III)
2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	4. Relación con la Persona 1

5. **Número de Seguro Social (SSN)** ___ - ___ - ____ Si no, ¿en qué fecha solicitó la PERSONA 2 una? _____

Necesitamos un número de Seguro Social (SSN) si la PERSONA 2 quiere cobertura de seguro médico y tiene un SSN o puede obtener uno. Usamos el SSN's para comprobar ingresos y otra información para ver quién califica para ayuda con los pagos de la cobertura de seguro médico. Si la PERSONA 2 necesita ayuda para obtener un SSN, visite socialsecurity.gov, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. O llame gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

6. ¿La PERSONA 2 está solicitando cobertura de seguro médico nosotros? Sí No

Si no, por favor, conteste las preguntas 13, 22, 40-52, y 54-55.

7. **Si es hispano/latinoamericano (Marque todo lo que corresponda).**

Mexicano Mexicano americano Chicano Puertorriqueño Cubano
 Otra: _____ Prefiere no contestar

8. **Raza (Marque todo lo que corresponda.)**

Blanco Japonés Asiático, otro Otra: _____
 Negro o afroamericano Coreano Nativo de Hawái Prefiere no contestar
 Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska Indio asiático Guameño o chamorro
 Filipino Chino Samoano
 Vietnamita De otra isla del Pacífico

9. ¿En algún momento la PERSONA 2 ha sido conocida por algún otro nombre? **Si sí:**

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., III): _____

10. Si es aprobado para TennCare Medicaid o CoverKids, hay tres planes de seguro médico de los que puede elegir. Trataremos de inscribirlo en el plan que usted elija. Si no elige uno ahora, nosotros escogeremos. Por lo general, los miembros de la familia se inscriben en el mismo plan. Elija el mismo plan de seguro médico para cada persona en esta solicitud.

Yo quiero que mi plan de seguro médico sea: Wellpoint BlueCare Tennessee UnitedHealthcare Community Plan

Para averiguar más sobre estos planes de seguro médico y cómo comunicarse con ellos, visite www.tn.gov/tenncare/members-applicants/managed-care-organization.

11. ¿La PERSONA 2 es residente de Tennessee? Sí No

12. ¿La PERSONA 2 está viviendo fuera del estado temporalmente? Sí No

Si sí, ¿La PERSONA 2 planea regresar a Tennessee? Sí No

Fecha en que la PERSONA 2 planea regresar a Tennessee: _____ (mm/dd/aaaa)

13. Si la PERSONA 2 es menor de 22 años, ¿cuál es su estado de matriculación escolar?

Sáltese esta pregunta si la PERSONA 2 tiene 22 años o más.

Ninguno Menos de 6 horas/semana 6 o 7 horas/semana 8 a 11 horas/semana 12 o más horas/semana (tiempo completo)

14. ¿La PERSONA 2 es **ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense**? Sí No **Si sí, sáltese 16-17.**

15. ¿La PERSONA 2 es un ciudadano naturalizado o derivado? Sí No **Si sí, conteste a. y b.**

a. Número de extranjero: _____

b. Número de certificado: _____

16. La PERSONA 2 no tiene que contestar esta pregunta de inmigración. Pero si no lo hace, puede limitar el tipo de cobertura para la que puede calificar. La solicitud no afectará el estatus migratorio de la PERSONA 2 ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.

Si la PERSONA 2 no es un ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible? SÍ NO

a. ¿Cuál es el estado de inmigración de la PERSONA 2? _____

¿En qué fecha obtuvo este estado? _____

Complete el tipo de documento y el número de identificación de la PERSONA 2 a continuación. Tipo de documento:

Número de extranjero Número I-94 Número de tarjeta Número de pasaporte
 SEVIS ID No. de Certificado de Ciudadanía No. de Certificado de Naturalización Número de Visa

Otros: _____

Número de ID: _____

b. ¿Tuvo la PERSONA 2 un estado de inmigración diferente antes? Sí No

c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

17. ¿La PERSONA 2, o el cónyuge o padre/madre de la PERSONA 2, es un veterano o un miembro del servicio activo del ejército estadounidense?

Sí No

18. Si la PERSONA 2 es indio nativo estadounidense o nativo de Alaska, conteste 19-21. Sí No **Si no, sáltese 19-21.**

19. ¿La PERSONA 2 es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si sí, ¿cómo se llama la tribu? _____

20. ¿Alguna vez la PERSONA 2 ha recibido un servicio de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

21. ¿La PERSONA 2 califica para recibir servicios de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24

PASO 2: PERSONA 2 Continúe con la PERSONA 2.

22. ¿La PERSONA 2 presentará una declaración de impuestos federal en el próximo periodo de declaración de impuestos? *La PERSONA 2 puede solicitar cobertura aunque no presente una declaración de impuestos federales.*
- SÍ.** Si sí, conteste las preguntas a – d. **NO.** Si no, sáltese a la pregunta d.
- a. ¿La PERSONA 2 declarará conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Si sí, escriba el nombre de su cónyuge: _____
¿Esta persona vive fuera del hogar? Sí No
- b. ¿La PERSONA 2 reclamará algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- c. ¿Vive alguno de sus dependientes fuera del hogar de la PERSONA 2? Sí No
Si sí, escriba el nombre de cada dependiente: _____
- d. ¿Alguien reclamará a la PERSONA 2 como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si sí, escriba el nombre del contribuyente: _____ ¿Cuál es la relación entre la PERSONA 2 y el contribuyente? _____
-
23. ¿Vive la PERSONA 2 por lo menos con un niño menor de 18 años (o el niño tiene 18 años y es estudiante de tiempo completo)? Y, ¿es la PERSONA 2 la persona principal que cuida a este niño? Sí No
Si sí, ¿de quién? _____ ¿Cuál es su relación con la PERSONA 2? _____
-
24. ¿La PERSONA 2 está embarazada o estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí No
Si sí, ¿cuántos bebés está/estaba esperando en este embarazo? _____
¿Sigue embarazada? Sí No
Si sí, ¿cuál es su fecha de parto prevista? (Está bien decimos una fecha aproximada si no sabe con seguridad.) _____ (mm/dd/aaaa)
Si no, ¿cuándo terminó su embarazo? _____ (mm/dd/aaaa)
¿Tiene esa persona otros embarazos de los últimos 12 meses que quiera reportar? Sí No
Si sí, ¿cuántos bebés está/estaba esperando en ese embarazo? _____
¿Cuándo terminó ese embarazo? _____ (mm/dd/aaaa)
-
25. ¿Tiene la PERSONA 2 menos de 19 años o está embarazada y recibió algún servicio médico en los últimos 3 meses? Sí No
Si sí, ¿cuál fue la fecha del servicio? _____(mm/dd/aaaa)
-
26. ¿La PERSONA 2 está inscrita o tiene derecho a inscribirse en Medicare Parte A o B? Sí No
-
27. ¿La PERSONA 2 ha sufrido un problema de salud de emergencia y necesita ayuda para pagar esos servicios de emergencia?
 Sí No
-
28. ¿Estuvo la PERSONA 2 en cuidado de crianza (foster) a los 18 años o más y recibía Medicaid? Sí No
-
29. ¿La PERSONA 2 es menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero? Sí No
-
30. ¿Es la PERSONA 2 en una instalación médica (como un hospital) y ha estado allí por lo menos 30 días? O, ¿está en una instalación médica (como un hospital) ahora y estará allí por lo menos 30 días? Sí No
(Opcional) Si sí, ¿en qué fecha entró al lugar médico? _____ (mm/dd/aaaa)
(Opcional) Díganos el nombre de lugar médico donde está: _____
(Opcional) Díganos el nombre y número de teléfono del doctor: _____
-
31. ¿Vive la PERSONA 2 en un centro médico o casa de convalecencia? Sí No
Si sí, ¿cómo se llama el centro o la casa de convalecencia? _____
-
32. ¿La PERSONA 2 necesita cuidados paliativos (hospicio)? Sí No
-
33. ¿Califica la PERSONA 2 para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en el hogar? Sí No
(Opcional) ¿Y si cree que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Llame a la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability) al 866-836-6678. De todas maneras debe completar esta Solicitud, pero ellos pueden ayudarlo.
-
34. ¿Tiene la PERSONA 2 una discapacidad intelectual y requieren atención en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual o ICF/IID)? Sí No
-
35. ¿La PERSONA 2 tiene discapacidades intelectuales y/u otras discapacidades del desarrollo y desea recibir servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y participar en Employment and Community First CHOICES? Sí No
¿Y si la PERSONA 2 piensa que necesita atención en el hogar para evitar ir a un centro de enfermería? Entonces debe completar un referido en línea en: <https://perlss.tennnecare.tn.gov/externalreferral>.
Recuerde, no puede usar esta solicitud de papel para solicitar Katie Beckett. Debe presentar una solicitud en línea en <https://tenncareconnect.tn.gov>.
-
36. ¿Tiene la PERSONA 2 Medicare y quiere obtener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB?
 Sí No
Quizás lo conozca como Plan de Ahorros de Medicare o MSP.
-
37. ¿La PERSONA 2 recibió Seguridad de Ingreso Suplementario, o beneficios de SSI, en el pasado pero ahora no? Sí No
Si sí, ¿cuándo terminó? _____
-
38. ¿La PERSONA 2 tiene gastos para cosas que le ayuden a trabajar porque es ciego o discapacitado? Sí No
-
39. ¿Si la PERSONA 2 es menor de 22 años, ¿trabaja a tiempo completo? Sí No



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24

PASO 2: PERSONA 2 Información sobre el trabajo actual y los ingresos.

Información sobre el trabajo actual y los

- Tiene empleo:** Si la PERSONA 2 está actualmente está empleada, díganos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 40.
- Desempleado:** Sátese a la pregunta 50.
- Empleo por cuenta propia:** Sátese a la pregunta 52.

Trabajo actual 1:

40. Dirección del empleador			
a. Dirección del empleador			
b. Ciudad		c. Estado	d. Código postal
41. Número de teléfono del patrón (____) _____ - _____			
42. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	43. ¿Cada cuándo le pagan a la PERSONA 2? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez		44. Promedio de horas trabajadas en cada período de paga (conteste solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 43.)

Trabajo actual 2: (Si la PERSONA 2 tiene trabajos adicionales y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

45. Dirección del empleador			
a. Dirección del empleador			
b. Ciudad		c. Estado	d. Código postal
46. Número de teléfono del patrón (____) _____ - _____			
47. Salarios/propinas por período de paga (antes de impuestos) \$	48. ¿Cómo le pagan? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Por trimestre <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Por semestre <input type="checkbox"/> Una sola vez		49. Promedio de horas trabajadas en cada período de paga (conteste solo si marcó la casilla Por hora en la pregunta 48.)

50. **Otros ingresos que recibe la PERSONA 2 este mes:** Marque todo lo que corresponda y proporcione la cantidad y la frecuencia con la que la recibe.
Nota: No necesita informarnos sobre Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) para la PERSONA 2.

- Ninguno
- Seguro Social \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Si marcó la casilla de Seguro Social, debe responder pregunta 53 a continuación.
- Comp. por desempleo \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Trabajador del censo \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Cuentas de jubilación \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Ingresos netos agric./pesca \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Ingresos netos de alq./regalías \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Ingresos de lotería \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Pensión alimenticia \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Fecha de la orden de pensión alimenticia: _____
- Otros ingresos \$ _____ ¿Frecuencia? _____
- Tipo: _____

Ingresos tribales (cierto dinero recibido no se puede contar para Medicaid o CoverKids). Indique todos los ingresos tribales (cantidad y frecuencia) que incluya dinero de estas fuentes:

- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
- Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

51. En los últimos 12 meses (1 año), ¿ha recibido la PERSONA 2 una suma de dinero como pago atrasado del Seguro Social o un premio de lotería?
 Yes No

a. Si sí, ¿cuánto dinero recibió la PERSONA 2? \$ _____

b. ¿Cuándo recibió la PERSONA 2 esta suma? _____

c. ¿De dónde provino? _____

52. Si la PERSONA 2 trabaja por cuenta propia, conteste las preguntas a-c.

a. ¿A qué se dedica la PERSONA 2? _____

b. ¿Qué tipo de trabajo por cuenta propia hace la PERSONA 2? _____

c. ¿Cuánto recibirá la PERSONA 2 en ingresos netos (ganancias después de pagar los gastos del negocio) de este trabajo por cuenta propia este mes? \$ _____

¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al 1-855-259-0701. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24



PASO 2: PERSONA 2 Continúe diciéndonos sobre la PERSONA 2.

(Responda la pregunta 53 solo si marcó la casilla de Seguro Social en la pregunta 50 arriba.)

53. ¿Alguien aparte de uno de sus padres (si la PERSONA 2 es menor de 18 años) o su cónyuge le ayuda a la PERSONA 2 a pagar su comida O su vivienda cada mes? (La vivienda incluye gastos tales como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura, impuestos a la propiedad.)

Sí No **Si sí**, conteste las preguntas a-g.

a. ¿Ese alguien que le ayuda a pagar esto vive con la PERSONA 2? Sí No

b. ¿Para qué es el dinero con que le ayuda a la PERSONA 2? _____

c. ¿Cuánto es ese gasto o cuenta? \$ _____

d. ¿Cuánto paga la PERSONA 2? \$ _____

e. ¿Cuánto paga ese alguien? \$ _____

f. ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____

g. ¿Todas las personas que viven con la PERSONA 2 reciben algún tipo de asistencia pública? (La asistencia pública incluye Families First, SSI, Ayuda en Caso de Desastres y Emergencias (Disaster Relief and Emergency Assistance), pensión de la Administración de Veteranos (VA), Socorro y Asistencia de la VA, la Ley de Refugiados de 1980.) Sí No

54. ¿La PERSONA 2 tiene deducciones antes de impuestos? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda: Escriba la cantidad que la PERSONA 2 paga cada mes. **Si no**, sáltese a la pregunta 55.

Seguro médico \$ _____ por mes Compensación diferida \$ _____ por mes

Seguro dental \$ _____ por mes Primas de seguros de vida \$ _____ por mes

Seguro para atención de la vista \$ _____ por mes Otra deducción \$ _____ por mes

Cuenta de gastos flexibles (planes de seguro médico y para dependientes) \$ _____ por mes Tipo: _____

55. ¿La PERSONA 2 tiene gastos que se puedan deducir en una declaración de impuestos? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda. Indique la cantidad que la PERSONA 2 paga cada mes. **Si no**, sáltese esta pregunta.

Pensión alimenticia pagada \$ _____ por mes Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos \$ _____ por mes

Fecha de la orden de pensión alimenticia _____

Intereses de préstamos estudiantiles pagados \$ _____ por mes Gasto de mudanza militar \$ _____ Total

Matrícula y cuotas \$ _____ por mes Otra deducción \$ _____ por mes

Gastos de educador \$ _____ por mes Tipo: _____

Gastos de negocio \$ _____ por mes

Parte deducible del trabajo por cuenta propia \$ _____ por mes

¡Gracias! ¡Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2!

¿Qué sucede si hay más de 2 personas viviendo con usted que necesitan presentar una solicitud?

Haga una copia del Paso 2 de la PERSONA 2 para cada persona adicional que desee presentar una solicitud.

O, imprímalas desde nuestro sitio web en www.tn.gov/tenncare.



PASO 3 Díganos sobre la cobertura de seguro médico de su familia.

1. ¿Hay alguien en su Solicitud inscrito en cobertura de seguro médico ahora? Sí No

Si sí, díganos más sobre esa cobertura de seguro médico. Conteste a -j. Si no, sátese la a pregunta 2.

a. Nombre de la compañía de seguro		
b. ¿Qué tipo de cobertura de seguro de médico es? <input type="checkbox"/> Seguro médico del estado <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz <input type="checkbox"/> Plan de seguro médico para jubilados <input type="checkbox"/> Programas de atención médica de la VA <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Nombre del seguro del empleador: _____		
c. ¿Quién está cubierto en esta póliza?		
d. Número de póliza:	e. Número de grupo:	f. Fecha de comienzo de la cobertura (mm/dd/aaaa)
g. ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
h. ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
i. ¿Este plan cubre beneficios de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
j. ¿Alguien en su Solicitud perdió Medicare porque volvió al trabajo y ganaba más dinero de lo permitido por su límite del Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

2. ¿Alguien de su Solicitud tiene acceso a otra cobertura de seguro médico pero no se ha inscrito? Sí No

Si sí, quién: _____

DETÉNGASE y LEA: El siguiente grupo de preguntas pregunta sobre los recursos de su familia. ¿Cree que podría calificar como mujer embarazada, niño o cuidador de un niño menor de edad? Entonces no tiene que contestar estas preguntas. Pero contestar estas preguntas ahora nos ayudará a evaluar su solicitud para más categorías de elegibilidad en las que los recursos cuentan. Si se salta estas preguntas, vaya al paso 4 para terminar esta solicitud.

1. ¿Alguien tiene algún recurso económico? Esto incluye cosas como cuentas de cheques/corrientes, cuentas de ahorros, acciones o fondos mutuos, fondos de pensiones, bonos, fondos fiduciarios, anualidades y planes de ahorros para educación calificados. Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda. Si no, sátese a la pregunta 6.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anualidad | <input type="checkbox"/> Cuenta fiduciaria de paciente/residente | <input type="checkbox"/> Cuenta de reembolso médico | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros |
| <input type="checkbox"/> Bonos | <input type="checkbox"/> Pagaré | <input type="checkbox"/> Cuenta de jubilación individual | <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito | <input type="checkbox"/> Cuenta de jubilación | <input type="checkbox"/> Préstamo | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos:
Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dividendos | <input type="checkbox"/> Acciones, fondos mutuos | <input type="checkbox"/> Fondo de pensión | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de desarrollo individual | <input type="checkbox"/> Cuenta ABLE | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos | |
| <input type="checkbox"/> Cuenta Keogh | <input type="checkbox"/> Efectivo | <input type="checkbox"/> Plan de Ahorros Calificados para Estudios Universitarios (Planes 529) | |
| | <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques | | |

Díganos más sobre los recursos económicos de su familia. Si marcó más de un tipo de recurso arriba, infórmenos sobre otros recursos en una hoja de papel por separado.

2. Tipo de recurso:		a. Valor del recurso: \$	
b. Anote a todos los que poseen este recurso:			
3. Díganos sobre el banco o la compañía donde tiene este recurso económico. Nombre del banco o empresa.			
a. Dirección			
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	4. Número de teléfono del banco o de la empresa (____) ____ - _____
5. Si alguien es dueño de un Fideicomiso, díganos sobre ese fideicomiso.			
a. Tipo de fideicomiso:	b. Fideicomisario:	c. Valor: \$	



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.

Rev: 01Jan24

Recursos de la familia cont.

6. ¿Alguien posee alguna propiedad? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda. **Si no**, sáltese a la pregunta 9.

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Edificio de apartamentos | <input type="checkbox"/> Terreno vitalicio | <input type="checkbox"/> Granja | <input type="checkbox"/> Casa de vacaciones |
| <input type="checkbox"/> Dúplex | <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler | <input type="checkbox"/> Terreno | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Condominio | <input type="checkbox"/> Casa móvil | |

7. Díganos más sobre la propiedad de su familia.

a. Anote a todas las personas dueñas de esta propiedad: _____

b. Uso de la propiedad: _____

c. ¿Alguien vive allí? Sí No

Si sí, díganos quién: _____

Si no, ¿Tenían la intención de volver a esta casa? Sí No

d. ¿Vive en esta casa un cónyuge o hijo (menor de 21 años o que es ciego o tiene una discapacidad permanente)? Sí No

e. ¿Alguien recibe dinero de alquiler de esta propiedad? Sí No

Si sí, díganos quién: _____

Si sí, ¿cuáles son los ingresos mensuales de esta propiedad? \$ _____ Por mes

f. ¿Cuánto se debe de esta propiedad? \$ _____

g. ¿Cuál es el valor de esta propiedad? \$ _____

8. Díganos la dirección de la propiedad que posee, conteste las preguntas a-f.

a. Dirección de la propiedad (deje en blanco si no tiene una propiedad.)			b. Número de apartamento o suite	
c. Ciudad	d. Estado	e. Código postal	f. Condado	

9. ¿Alguien tiene una póliza de seguro de vida? Sí No

Si no, sáltese a la pregunta 11.

a. Díganos quién tiene una póliza de seguro de vida: _____

b. ¿Qué tipo de seguro de vida tiene? Término/grupo Completo/Universal

c. ¿Cuál es el valor nominal de esta póliza de Seguro de Vida? \$ _____

d. ¿Cuál es el de rescate en efectivo de esta póliza de Seguro de Vida? \$ _____

e. Número de póliza: _____

10. Díganos más sobre la compañía de seguros de vida que emitió la póliza de Seguro de Vida.

Nombre de la compañía				
a. Dirección				
b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	e. Número de teléfono de la empresa (____)____-____	

11. ¿Alguien tiene recursos de entierro (como contratos o lotes)? Sí No **Si no**, sáltese a la pregunta 14.

Si sí, indique quién posee recursos de entierro: _____

a. Valor del recurso de entierro: \$	b. ¿Cuánto debe de este recurso de entierro? \$
c. Tipo de recurso de entierro:	d. ¿A quién se destina este recurso de entierro?

12. ¿Alguien de su hogar tiene gastos de vivienda o de servicios públicos gastos de cuidado de dependientes o gastos de manutención?

Sí No

13. ¿Alguien de su hogar tiene facturas médicas o dentales por atención que recibió o pagó en los últimos 3 meses? Sí No

a. ¿Cuánto es este gasto o factura? \$ _____

b. ¿Cuál fue la fecha del servicio? _____

c. ¿A quién le envía los pagos? _____



Recursos de la familia cont.

14. ¿Alguien posee un vehículo? Sí No

Si sí, marque todo lo que corresponda. **Si no**, sátese a la pregunta 18.

ATV/Carritos de golf

Autos/camionetas

Motocicleta

Remolque

Motonieve

Barcos/embarcaciones personales

Equipos agrícolas

RV

Aeronave

Otra: _____

15. Díganos más sobre el vehículo en la pregunta 14. Si marcó más de un vehículo arriba, infórmenos sobre los otro(s) vehículo(s) en otra hoja de papel.

a. ¿A quién le pertenece este vehículo? _____

b. Año:	c. Marca:	d. Modelo:
e. ¿Cuánto se debe del vehículo? \$		f. ¿Cuánto vale el vehículo? \$

16. ¿Recibe el propietario ingresos por el uso de este vehículo? Sí No

17. ¿Cómo utiliza el propietario este vehículo?

Transporte familiar

Empleo por cuenta propia

Rancho

Para ingresos

Diversión

Herramientas

18. ¿Alguien tiene algún otro recurso? Sí No **Si sí**, escriba todos a continuación.

a. Tipo de recurso(s): _____

b. ¿Cuánto vale cada recurso? \$ _____

c. ¿Cuánto se debe de cada recurso? \$ _____

19. Quién posee estos recursos: _____

20. ¿Alguien ha vendido, negociado o regalado recursos en los últimos cinco años (60 meses)? Sí No

Si no, sátese esta pregunta.

a. Tipo de recurso: _____

b. Quién era el dueño de este recurso: _____

c. ¿A quién le vendió, intercambió o regaló este recurso? _____

d. ¿Por qué vendió, intercambió o regaló este recurso? _____

e. ¿En qué fecha vendió, intercambió o regaló este recurso? _____

f. ¿Cuál era el valor del recurso? \$ _____

g. ¿Cuánto dinero se recibió cuando el recurso fue vendido, negociado o regalado? \$ _____

¡Gracias! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre las posesiones de su familia.

No ha terminado con esta Solicitud. ¡Lea las siguientes páginas y luego firmé esta Solicitud!



PASO 4: Lea y firme esta Solicitud

- Firmo esta página bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas con el fin de solicitar o renovar mi cobertura de seguro médico o reportar cambios para la persona nombrada en esta solicitud y sus suplementos a mi mejor saber y entender.
- Sé que debo informar a TennCare si cualquier cosa cambia (y es diferente) de lo que contesté en la solicitud o el Paquete de Renovación en un plazo de 10 días de ese cambio. Puedo reportar cambios en línea en <https://tenncareconnect.tn.gov>. Puedo llamar al 1-855-259-0701 para reportar cualquier cambio. Puedo enviar por correo los cambios a TennCare Connect a P.O. Box 305240, Nashville, TN 37230-5240. Puedo enviar los cambios por fax al 1-855-315-0669. Alguien de una de las oficinas del DHS del condado puede ayudarme a reportar un cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de miembros de mi hogar.
- Sé que en virtud de la ley federal, la discriminación no está permitida por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Si piensa que ha sido tratado de una manera injusta, llame al 1-855-259-0701 para reportarlo. La llamada es gratis.
- Sé que si me aprueban, no puedo conservar ningún pago médico o pago de seguro médico que reciba de un seguro u otras compañías. Esos pagos le pertenecen al Estado. Entiendo que debo cedérselos al Estado.
- Sé que TennCare puede usar la dirección de correo electrónico (o número de teléfono móvil) que proporcioné para enviarme mensajes de correo electrónico o mensajes de texto (SMS) relacionados con mi cobertura, dependiendo de mis preferencias de comunicación. TennCare y sus socios también pueden usar el número de teléfono que proporcioné para llamarme con respecto a mi cobertura.
- Sé que si la Oficina de Investigaciones de Tennessee TennCare, la Oficina del Inspector General u otra dependencia me pide ayuda para pillar fraude y abuso, debo ayudar.
- Sé que si el Estado paga facturas médicas o atención en casa de convalecencia en mi nombre, el Estado puede recuperar ese dinero. Sé que después de mi muerte, el Estado el estado podría recuperar dinero de mi patrimonio.
- Sé que nadie más puede usar mi tarjeta de seguro médico. Sé que si dejo que otra persona use mi tarjeta, tal vez tenga que pagarle al Estado las cuentas médicas de esa persona. Y podría ir a la cárcel.
- Si tengo un Número de Seguro Social (SSN) y estoy solicitando cobertura, sé que tengo que proporcionar un SSN válido. La ley federal nos permite pedir un SSN. [42 CFR 435.910, Tenn. Code Ann § 71-5-106]
- Si alguna persona en la solicitud o el Paquete de Renovación es elegible para cobertura de seguro médico con TennCare, le concedo a TennCare los derechos de pedir y obtener dinero de otro seguro médico, acuerdos legales u otros terceros. También le concedo a TennCare derechos para buscar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padre.
- ¿Hay algún niño en esta solicitud o Paquete de Renovación cuyo padre o madre vive fuera de la casa? Si sí, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recolecta la manutención médica de los padres ausentes. Si creo que cooperar para obtener apoyo médico me perjudicará o perjudicará a mis hijos, puedo decírselo a TennCare y posiblemente no tenga que cooperar.
- Si pienso que TennCare o CoverKids (CHIP) ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien que yo pienso que la medida es incorrecta y pedir una revisión imparcial de la medida. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con TennCare Connect en el **1-855-259-0701**.
- Entiendo que si soy elegible para otros tipos de beneficios como discapacidad, ingresos por desempleo o ingresos por jubilación, debo solicitar esos programas si deseo conservar la cobertura con TennCare.
- Si creo que TennCare está tardando más de 45 días (o más de 90 días si solicité atención a largo plazo), puedo solicitar una "audiencia por demora". Sé que puedo pedir una audiencia por demora llamando a TennCare Connect al **1-855-259-0701**.

Cambie el método de recibir sus cartas

Nosotros le enviamos sus cartas por correo a menos que usted diga que quiere sus cartas electrónicamente. Use su cuenta en línea en <https://tenncareconnect.tn.gov> para cambiar su preferencia de comunicación y ver sus cartas en línea. ¿Todavía no ha creado una cuenta en línea? Vaya a <https://tenncareconnect.tn.gov> y haga clic en el botón Get Started (Comenzar). Después de crear una cuenta e iniciar una sesión, seleccione Link My Case (Vincular mi caso). Necesitará su Número de Seguro Social, la identificación de la solicitud o su identificación individual para tener acceso a la información de su caso. O, para ayuda, llame a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

Su derecho a la privacidad

Sabemos que usted valora la privacidad de su información personal. La ley federal dice que debemos seguir las reglas de privacidad para mantener sus datos privados. Usted puede leer sobre las reglas en nuestro sitio web. Para obtener más información acerca de nuestras reglas de privacidad, vaya a nuestra página de privacidad. Si quiere que le enviemos una copia, llame gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701.

No discriminación

No permitimos el trato injusto en nuestro programa.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad. ¿Cree que lo han tratado injustamente? ¿Tiene más preguntas? ¿Necesita más ayuda? Puede llamar gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701. O visite <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>.



PASO 4 Lea y firme esta Solicitud

Renovación de Cobertura en Años Futuros

Por lo general, debemos renovar su elegibilidad cada año para ver si sigue calificando. Para facilitar la renovación de su cobertura, podemos usar fuentes federales, como información de sus declaraciones de impuestos. Necesitamos su autorización para utilizar sus datos de los impuestos. No importa si no nos da su permiso. Nos comunicaremos con usted cuando le toque renovar cada año. Por favor, elija una opción a continuación.

Sí, tienen permiso para tratar de renovar automáticamente mi elegibilidad usando datos de mis impuestos para los siguientes:

- 5 años (el número máximo de años permitido) 4 años 3 años 2 años 1 año
 No utilicen información de declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Intentaremos verificar los recursos de su hogar mediante una agencia de crédito del consumidor para facilitarle el proceso. ¿Nos da su autorización para comprobar los recursos de su hogar a través de una agencia de crédito del consumidor?

- Sí No

Tiene derecho a la información que la agencia de crédito del consumidor tiene sobre sus recursos si la solicita en un plazo de 60 días. Si tiene preguntas, llame a la agencia de crédito del consumidor al 1-888-288-1345 o visite www.accuity.com.

Firme esta Solicitud en el espacio de abajo. La persona que completó el Paso 1 debe **firmar abajo**. Si usted es una Persona que Ayuda, puede firmar a continuación, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en la página 2.

Firma	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)								
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

PASO 5: Envíe la Solicitud completada por correo



Envíe su Solicitud firmada a la dirección de abajo.

TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

También la puede enviar por fax al **1-855-315-0669**. No se olvide de enviar los comprobantes que necesitamos para decidir si puede recibir cobertura médica con nosotros.

Registro de Votantes

TennCare es una agencia para el registro de votantes. Si quiere, hoy puede presentar la solicitud para registrarse para votar.

Para registrarse para votar:

- Debe ser ciudadano estadounidense
- Debe ser residente de Tennessee
- Debe tener por lo menos 18 años en o antes de las próximas elecciones y
- No debe haber sido condenado por un delito grave o, si lo ha sido, su derecho al voto tiene que haber sido restaurado.

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿quiere hoy presentar aquí la solicitud para registrarse para votar?

- Sí No

IMPORTANTE: SI NO MARCA NINGUNA DE LAS OPCIONES, SE CONSIDERARÁ QUE POR AHORA HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR.

¿Respondió Sí a la pregunta de arriba? Entonces TennCare le enviará por correo un formulario de registro de votante. También puede presentar en línea la solicitud para registrarse para votar en <https://sos.tn.gov/elections>.

Usted no tiene que estar registrado para votar para estar inscrito en nuestro programa. Presentar la solicitud para registrarse para votar o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le dará esta agencia.

Si quiere ayuda para completar el formulario de solicitud para registrarse para votar, le ayudaremos. Llámenos al 1-855-259-0701. Usted decide si quiere pedir o aceptar ayuda. Usted puede completar la solicitud en privado.

Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o presentar la solicitud de registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la División de Elecciones:

Por CARTA: Division of Election
 312 Rosa L Parks Avenue
 7th Floor, Snodgrass Tower
 Nashville, TN 37243-1102

Por TELÉFONO: 1-877-850-4959
 1-615-741-7956

Las personas que tienen problemas para oír o para hablar pueden utilizar el Centro de Relevos de Tennessee llamando al 1-800-848-0298.



¿Necesita ayuda con su Solicitud? Llámenos al **1-855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 1-800-848-0298 y luego marque el 1-855-259-0701.