



# Basic Health™ Solicitud

**NOTA:**

Utilice tinta azul o negra para completar esta solicitud.

Su número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) es voluntario, a menos que responda "sí" a alguna de las preguntas en la Sección 3. Si no proporciona su SSN, le asignaremos un número de identificación. Debido a que dependemos de su SSN para verificar el ingreso de ciertas fuentes, usted también deberá probar su elegibilidad para Basic Health con más frecuencia.

## Sección 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DEL GRUPO FAMILIAR

Marque aquí si necesita un intérprete:  En caso afirmativo, ¿qué idioma y dialecto habla? \_\_\_\_\_

Apellido del solicitante		Primer nombre		Inicial segundo nombre		
Dirección requerida; <b>debe adjuntar constancia</b>		Apt. Núm.	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo o apartado postal (en caso de ser diferente a la anterior)		Ciudad			Estado	Código postal
Número telefónico del domicilio ( )	Otro número telefónico ( )	Estado civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado legalmente - Fecha del matrimonio: _____				
Dirección de correo electrónico		¿Tiene acceso a Internet? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

## Sección 2: COBERTURA PARA EL SOLICITANTE Y SU CÓNYUGE

Complete esta sección para el solicitante y cónyuge legal, incluso si no está solicitando cobertura.

	Sexo	¿Solicita cobertura?	¿Es ciudadano estadounidense?	¿Recibe beneficios de DSHS?	
<b>Para el solicitante indicado anteriormente</b> →	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del cónyuge, primer nombre, inicial segundo nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Recibe usted o un miembro de su familia actualmente beneficios del seguro social por discapacidad? ¿(SSDB, por sus siglas en inglés)?  Sí  No  
En caso afirmativo, detállelos aquí con las fechas en que comenzaron los beneficios. Adjunte copias de las cartas de concesión, originales y actuales, de cada uno.

¿Es usted o un miembro de su familia elegible para Medicare (el programa federal de salud para personas mayores de 65 años o personas que han estado recibiendo beneficios del seguro social por discapacidad durante más de dos años)?  Sí  No

En caso afirmativo, indíquelos aquí: \_\_\_\_\_ Fecha en que fueron autorizados los SSDB: \_\_\_\_\_

¿Alguna persona en esta solicitud fue miembro de la Guardia Nacional o Reservas de Washington que sirvió en la Operation Enduring Freedom (Operación Libertad Duradera), Operation Iraqi Freedom (Operación Libertad Iraquí) o la Operation Noble Eagle (Operación Águila Noble)?  Sí  No

En caso afirmativo, envíe una copia del Formulario DD214 para la inscripción prioritaria.

¿Algún miembro de su familia, incluyéndolo a usted, asiste a la escuela a tiempo completo en los Estados Unidos con una visa de estudiante temporal?  Sí  No

En caso afirmativo, detállelos aquí: \_\_\_\_\_

## Sección 3: SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD Y ELECCIONES ADICIONALES DEL PROGRAMA

### ELIJA UN PLAN DE SALUD PARA SU FAMILIA

No todos los health plans están disponibles en todos los condados. Lea el folleto de los Health Plans para ver los planes disponibles en el lugar donde vive.

#### MARQUE UNO

- Columbia United Providers, Inc.  
 Community Health Plan of Washington  
 Group Health Cooperative  
 Kaiser Permanente  
 Molina Healthcare of Washington, Inc.

### ESTÁ USTED SOLICITANDO:

- ¿Basic Health Plus para un miembro de su familia menor de 19 años en esta solicitud?  Sí  No
- ¿Basic Health Plus para un menor con una necesidad médica urgente?  Sí  No
- ¿Cobertura para alguien que está embarazada en este momento?  Sí  No
- En caso afirmativo, ¿ha recibido esta mujer resultado positivo de una prueba de embarazo?  Sí  No
- Nombre de la mujer embarazada (con letra de molde): \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_
- ¿Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad y desea que se le refiera a DSHS para recibir ayuda con las facturas médicas no pagadas de los últimos tres meses?  Sí  No

En caso afirmativo, adjunte constancia de ingresos de esos tres meses.

Los números de seguro social son necesarios si respondió "sí" a cualquiera de estas preguntas.

### TIPO DE COBERTURA (MARQUE UNO):

- Cobertura individual o familiar 0  
 Cobertura a través de un empleador, agencia de servicios de atención al hogar o patrocinador financiero (Complete la información a continuación y devuelva la solicitud llena al contacto de su organización.)  
 Empleador/organización \_\_\_\_\_ Núm. ID del grupo \_\_\_\_\_ Número de teléfono diurno ( ) \_\_\_\_\_

**Sección 4: DEPENDIENTES LEGALES** (Si tiene más de cuatro, detállelos en una hoja por aparte o fotocopie esta página.)

Detalle todos sus dependientes legales, incluso si no quiere cobertura para ellos o no viven en su hogar. No incluya niños que tenga a su cuidado. Los dependientes entre las edades de 19 y 22 años deben estar inscritos a tiempo completo en una escuela acreditada (debe incluirse la constancia de la escuela) o tener una discapacidad documentada para ser incluidos en su solicitud.

<b>1</b>	Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre		Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está solicitando Basic Health?*	¿Está solicitando Basic Health Plus?*	¿Es el dependiente de 19 a 22 años, estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, envíe constancia de inscripción.	
	¿Es el dependiente ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe el dependiente asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive el dependiente en su hogar todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>2</b>	Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre		Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está solicitando Basic Health?*	¿Está solicitando Basic Health Plus?*	¿Es el dependiente de 19 a 22 años, estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, envíe constancia de inscripción.	
	¿Es el dependiente ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe el dependiente asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive el dependiente en su hogar todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>3</b>	Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre		Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está solicitando Basic Health?*	¿Está solicitando Basic Health Plus?*	¿Es el dependiente de 19 a 22 años, estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, envíe constancia de inscripción.	
	¿Es el dependiente ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe el dependiente asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive el dependiente en su hogar todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>4</b>	Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre		Parentesco con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Está solicitando Basic Health?*	¿Está solicitando Basic Health Plus?*	¿Es el dependiente de 19 a 22 años, estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, envíe constancia de inscripción.	
	¿Es el dependiente ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe el dependiente asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive el dependiente en su hogar todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

\*Puede marcar "sí" para solicitar Basic Health y Basic Health Plus para niños. Si es elegible y solicita Basic Health regular y Basic Health Plus, le ofreceremos Basic Health regular mientras el DSHS revisa su elegibilidad para Basic Health Plus.

¿Está solicitando para dependientes que no viven en su hogar todo el tiempo? **De ser así, complete lo siguiente para esos dependientes.**

Nombre del dependiente	Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

¿Paga manutención de niños por orden del tribunal?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuánto paga por mes? \$ \_\_\_\_\_  
(Esto le puede ayudar a calificar para Basic Health Plus o para el Programa de Benefic

¿Ha marcado "no" en "ciudadano estadounidense"? para alguno de los miembros de su familia que está solicitando Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad?  Sí  No

**De ser así, envíe una fotocopia (de ambos lados) de la documentación del INS de dicha persona e indique la fecha de llegada a los Estados Unidos:** \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus dependientes (de 19 años o más) es discapacitado o está bajo su custodia legal?  Sí  No  
**De ser afirmativo, adjunte una fotocopia de los documentos de la custodia legal.** Si su hijo dependiente (por nacimiento o adopción) padece de una discapacidad, sólo tiene que presentar un constancia de que él o ella no puede mantenerse por sí mismo(a) debido a la discapacidad.

## Sección 5: OTRO PADRE/MADRE BIOLÓGICO(A) (SI VIVE EN EL HOGAR)

¿Está solicitando cobertura de Basic Health Plus para un menor cuyo otro padre/madre biológico(a) no está legalmente casado(a) con usted, pero vive en su hogar? (Esta información se utiliza únicamente para determinar la elegibilidad para Basic Health Plus. Si el otro padre/madre biológico(a) desea cobertura de Basic Health, él o ella debe presentar una solicitud por separado.)  Sí  No

**Si marcó "sí", debe llenar la siguiente información acerca de dicho(a) padre/madre.**

**Adjunte constancia de ingresos de esta persona. Si trabaja de forma independiente, complete el FORMULARIO B (página 7) para los ingresos de esta persona.**

Nombre del otro padre/madre biológico(a)	Número de seguro social (requerido)	Fecha de nacimiento	Ingreso mensual bruto.	Número de teléfono diurno ( )

Indique los nombres del padre/madre de los menores consignados en su solicitud:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Sección 6: OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Indique su nombre y el de cualquier familiar que tenga otro seguro de salud o esté cubierto por un programa de salud

Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre (Coloque su nombre primero.)	Compañía de seguro de salud o programa de salud	Número de teléfono de la compañía de seguro de salud o programa de salud	Número de póliza o grupo	Fecha de vencimiento de póliza
		( )		
		( )		

## Sección 7: INGRESOS FAMILIARES

Complete la siguiente información para todos los empleadores actuales de usted y su cónyuge, si estuviera legalmente casado. Si necesita más espacio, utilice una hoja por aparte.

	Solicitante	Cónyuge
<b>Nombre del empleador o compañía</b>		
Dirección del empleador		
Fecha en que comenzó a trabajar para este empleador		
<b>Nombre del empleador o compañía</b>		
Dirección del empleador		
Fecha en que comenzó a trabajar para este empleador		

**Sección 7: INGRESOS FAMILIARES (continuación)**

# Formulario de declaración de ingresos familiares

**Indique los montos brutos (antes de los impuestos) en este formulario.**

¿Ha cambiado de empleadores en los últimos 12 meses?  Sí  No      ¿Han cambiado sus ingresos en los últimos 12 meses?  Sí  No

Explique brevemente el cambio(s) \_\_\_\_\_

**Basic Health puede promediar o utilizar su ingreso de los últimos 30 días para tener una idea aproximada de sus ingresos.**

Usted <b>debe</b> marcar "sí" o "no" para cada miembro de su familia en cada línea correspondiente al ingreso. Indique los montos brutos mensuales. Si tiene más dependientes, indíquelos en una hoja por aparte o fotocopie este formulario.	Usted	Cónyuge	Menor
<b>Sueldos brutos, salarios, propinas, becas de trabajo universitario, comisiones</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	
<b>Ingresos por trabajo independiente o rentas</b> Indique su Número de identificación de empresa del estado de Washington (UBI, por sus siglas en inglés) _____ Marque la casilla si no tiene (UBI) <input type="checkbox"/> (Para obtener detalles sobre lo que tiene que enviarnos, consulte la siguiente página.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Compensación por desempleo, beneficios por huelga</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	
<b>Beneficios del seguro social - encierre con un círculo los tipos de beneficios recibidos</b> Jubilación      Sobreviviente Ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)      Discapacidad Si recibe beneficios del seguro social por discapacidad, indique la fecha en que se hicieron efectivos _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Beneficios por jubilaciones, pensiones y anualidades</b> ¿El monto recibido se debe a un retiro anticipado? <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"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Manutención de los hijos, pensión alimenticia / manutención recibida del cónyuge</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Beneficios de seguro, sean privados o a través del empleo, tales como vida, accidentes o discapacidad a largo o corto plazo</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Interés, dividendos, fideicomiso, patrimonio, herencia, ganancias de capital, juegos de azar, lotería y regalías</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Beneficios de veteranos de guerra y pensiones militares</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Indemnización por accidentes de trabajo</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Subvenciones en efectivo de asistencia pública</b> <b>NO INCLUYEN CUPONES PARA ALIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Ingresos de otra fuente</b> Explique _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$
<b>Gastos de cuidado en el trabajo o la escuela relacionados con el dependiente o hijo</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$	

▶ Desprenda en la perforación ▶

**Si usted no ha recibido ingresos o beneficios durante 30 días hábiles y consecutivos** de ninguna de las fuentes de ingresos que indicó anteriormente, sírvase explicar el motivo aquí. También explique sobre algunos períodos para los cuales no tiene documentación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Explicación de los tipos de ingresos y qué debe enviar junto con su *Formulario de Declaración del Ingreso Familiar*

Se requiere la documentación actual del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) si aún no se encuentra en los expedientes de Basic Health:

- Su formulario 1040 del IRS, formulario de declaración del impuesto federal sobre la renta y todos los anexos
- Anexo K-1 por cada miembro de la familia por cada corporación S, sociedad o beneficiario de fideicomiso
- Una transcripción completa de su declaración del IRS, si no tiene copia de su formulario 1040 del IRS
- Constancia de su estado de exención por parte del IRS, si usted no presentó la declaración de impuestos del último año fiscal

**Para solicitar una transcripción de su declaración o carta sobre su estado de exención, llame al IRS al 1-800-829-1040.**

La documentación de ingresos debe incluir el nombre de la persona que ha recibido el pago, los montos **brutos** pagados y las fechas pagadas. Envíe la documentación completa de 30 días por cada fuente de ingresos. **Siempre envíe la documentación actual.** En una hoja por separado, explique sobre algún período de tiempo sin ingresos. Si necesita otra copia de este formulario o le gustaría recibir más información acerca de Basic Health, visite nuestro sitio Web ([www.basichhealth.hca.wa.gov](http://www.basichhealth.hca.wa.gov)).

**No envíe los documentos originales a Basic Health, debido a que no se le devolverán.**

Explicación del tipo de ingresos	Ejemplos de copias de constancia que puede enviar
<b>Sueldos, salario, propinas, becas de trabajo universitario, comisiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boletas de pago por cuatro semanas consecutivas o un mes</li> <li>• Declaraciones firmadas y fechadas por su(s) empleador(es)</li> </ul>
<b>Ingresos por trabajo independiente o rentas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario IRS 1040 y todos los anexos correspondientes</li> <li>• Formulario(s) K-1, si corresponde</li> <li>• Basic Health <i>Formulario de declaración del ingreso por trabajo independiente o Rentas</i></li> <li>• Declaración de ingresos y gastos (toda empresa que no se indique en el formulario 1040)</li> <li>• Número de identificación de empresa del estado de Washington (UBI, por sus siglas en inglés)</li> </ul>
<b>Compensación por desempleo, beneficios por huelga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boletas de desempleo por cuatro semanas consecutivas</li> <li>• Declaración de beneficios por huelga</li> <li>• Impresión en computadora de agencia o pagador</li> </ul>
<b>Beneficios del Seguro Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aviso inicial de la carta de concesión</li> <li>• Declaración que indique el monto de beneficio mensual</li> <li>• Impresión en computadora de agencia o pagador</li> </ul>
<b>Beneficios por jubilaciones, pensiones y anualidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de concesión o declaración de beneficios</li> <li>• Declaración de subsidio por costo de vida</li> <li>• Declaración del pagador(es) firmada y fechada</li> <li>• Impresión en computadora de agencia o pagador</li> </ul>
<b>Manutención de niños, pensión alimenticia/ manutención del cónyuge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orden de pago</li> <li>• Documentos del tribunal o declaraciones de la División de manutención infantil (DCS, por sus siglas en inglés)</li> <li>• Declaración del pagador(es) firmada y fechada</li> <li>• Impresión en computadora de agencia o pagador</li> <li>• Copia del cheque</li> </ul>
<b>Beneficios de seguro (ver Preguntas frecuentes para obtener detalles)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de concesión</li> <li>• Documentos del tribunal</li> <li>• Declaración de la institución</li> </ul>
<b>Interés, dividendos, fideicomiso, patrimonio, herencia, ganancias de capital, juegos de azar, lotería, regalías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario IRS 1040 y todos los anexos correspondientes</li> <li>• Declaración de fideicomisarios, empresa de inversiones, banco o institución financiera</li> <li>• Documentos del tribunal</li> <li>• Copia del contrato</li> <li>• Copia del cheque</li> </ul>
<b>Beneficios de veteranos de guerra y pensiones militares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de concesión o declaración de beneficios</li> <li>• Declaración de permiso y ganancias (LES, por sus siglas en inglés)</li> </ul>
<b>Indemnización por accidentes de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de concesión o declaración de beneficios</li> <li>• Orden de pago de Trabajo e Industrias (L&amp;I, por sus siglas en inglés) por cuatro semanas (dos órdenes consecutivas)</li> </ul>
<b>Subvenciones en efectivo de asistencia pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de concesión o declaración de beneficios</li> <li>• Impresión de computadora del Departamento de servicios sociales y de salud (DSHS, por sus siglas en inglés)</li> </ul>
<b>Ingresos de otra fuente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración del pagador firmada y fechada</li> <li>• Declaración del solicitante o miembro firmada y fechada</li> </ul>
<b>Trabajadores de atención personal, proveedores independientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factura del Sistema de pago del servicio social (SSPS, por sus siglas en inglés), y</li> <li>• Asesoría de remisión, indicando los salarios brutos</li> </ul>
<b>Cuidado en el trabajo o escuela relacionado con el dependiente o menor (el dependiente pasa tiempo bajo cuidado para que los adultos en el hogar puedan ir a trabajar o a la escuela)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibos indicando el monto que usted pagó, las fechas del cuidado y el nombre, dirección y número de teléfono del proveedor de cuidado del dependiente o menor</li> <li>• Constancia de inscripción en la escuela del padre estudiante</li> </ul>

**Sección 7: INGRESOS FAMILIARES (continuación)****FORMULARIO A: Formulario de Declaración de ingreso por trabajo independiente o Formulario de declaración de renta**

Núm. ID de Basic Health (generalmente su número de seguro social): \_\_\_\_\_

Si presentó una declaración de impuestos de su negocio, proporcione una copia de todos los formularios, anexos y anexos K-1, si corresponden. Si tiene más de un negocio, haga copias de este formulario o imprímalo desde nuestro sitio Web ([www.basichealth.hca.wa.gov](http://www.basichealth.hca.wa.gov)). Llene un formulario por separado para cada negocio.

Si ha sido propietario del negocio(s) o de la propiedad en arrendamiento por menos de 12 meses, complete los ingresos y gastos correspondientes a los meses que ha estado en el negocio o que ha sido dueño de la propiedad.

**No envíe los documentos originales a Basic Health, debido a que no se le devolverán.**

Nombre del negocio				
Nombre(s) del dueño(s) del negocio				
Número de identificación de empresa del estado de Washington (UBI, por sus siglas en inglés)				Marque la casilla si no cuenta con un número UBI <input type="checkbox"/>
<b>Fecha en que comenzó el negocio</b>	<b>Meses que está declarando</b>			<b>Número total de meses en la actividad comercial</b>
/ /	Desde	/ /	hasta	/ /
<b>Tipo de negocio</b>	<input type="checkbox"/> Renta(s)	<input type="checkbox"/> Corporación C	<input type="checkbox"/> LLC	Porcentaje del negocio propiedad de usted y su cónyuge, si están casados %
	<input type="checkbox"/> Único propietario	<input type="checkbox"/> Corporación S	<input type="checkbox"/> Sociedad	

<b>Ingresos</b>	<b>Totales para este período</b>
Recibos, ventas o rentas brutas	
<b>Gastos: Únicamente relacionados con el negocio (Basic Health no permite la depreciación o amortización)</b>	<b>Total para este período</b>
Mercancías y materiales	
Salarios brutos pagados a empleados (menos créditos por empleo)	
Impuestos relacionados con la nómina del empleador	
Publicidad u otros gastos promocionales	
Automóvil y camión	
Comisiones y honorarios por administración	
Seguro (que no sea Basic Health)	
Intereses por hipoteca	
Otros intereses	
Honorarios legales y profesionales	
Alquiler o arrendamiento de vehículos, maquinaria, equipo	
Alquiler o arrendamiento de otra propiedad del negocio	
Reparaciones y mantenimiento	
Suministros	
Impuestos y licencias	
Viajes, comidas y entretenimiento	
Servicios públicos	
Uso del hogar para fines comerciales (si usted puede probar que más de la mitad de su hogar se utiliza para fines comerciales la mayor parte del año o si tiene un edificio por separado en su propiedad residencial que se utiliza para fines comerciales únicamente)	
<b>Total de gastos del negocio</b>	
<b>Total de ganancia neta (o pérdida)</b>	

Desprenda en la perforación

**Sección 7: INGRESOS FAMILIARES (continuación)**

**FORMULARIO B: Hoja de trabajo de Ingresos por trabajo independiente o por Renta de los Programas de DSHS**  
*Utilice este formulario sólo si está solicitando Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad. Complete este formulario además de otros formularios pertinentes.*

- Para este formulario, declare los montos en dólares de su mes calendario actual más completo. No totalice y no transfiera esta página al Formulario de declaración de ingresos familiares: Este formulario sirve para ayudar a DSHS a determinar su elegibilidad para Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad.
- Debe proporcionar constancia de todos sus recibos y gastos brutos del último mes calendario completo.
- Si está solicitando ayuda de DSHS con las facturas médicas pendientes de pago de los últimos tres meses, debe fotocopiar y completar este formulario para cada uno de esos meses.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Mes de: \_\_\_\_\_

1. Nombre del negocio: \_\_\_\_\_ Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

2. Dirección del negocio: \_\_\_\_\_

SOCIEDAD     INCORPORADO     PROPIETARIO ÚNICO

Para las sociedades y corporaciones, indique los nombres y relación de los miembros: \_\_\_\_\_

Si es incorporado, monto mensual que le paga la corporación: \$ \_\_\_\_\_

**Marque y complete si ya no trabaja de manera independiente.**

Ya no trabajo de manera independiente      Fecha del último pago: \_\_\_\_\_

Último día que trabajó: \_\_\_\_\_      Monto del último pago: \$ \_\_\_\_\_

**DEBE PROPORCIONAR CONSTANCIA DE TODOS LOS INGRESOS Y GASTOS LISTADOS A CONTINUACIÓN.**

<b>Ingreso bruto del negocio (únicamente del mes de la declaración)</b>	\$ _____
Empleados (sin incluirse usted, su cónyuge o sus hijos): _____	
Salarios y comisiones pagados en el mes de la declaración	\$ _____
Cuota del empleador de los impuestos del seguro social pagados en el mes de la declaración	\$ _____
<b>Gastos del negocio (únicamente del mes de la declaración)</b>	
Gastos de impresión	\$ _____
Portes y envíos	\$ _____
Suministros y materiales	\$ _____
Publicidad y contabilidad	\$ _____
Seguros (únicamente relacionados con el negocio)	\$ _____
Licencias para el negocio, cuotas comerciales, etc.	\$ _____
Préstamo comercial (únicamente interés pagado)	\$ _____
Impuestos del negocio (ventas, UI, L&I, B&O, etc.)	\$ _____
Otro (indique y describa):	
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____

<b>Ubicación del negocio</b>	
¿El negocio se encuentra en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>En caso afirmativo, ¿se usa la habitación o área para propósitos del negocio únicamente?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>En caso afirmativo:</b> Total de la superficie en pies cuadrados de su hogar: Superficie en pies cuadrados que se utiliza para el negocio:	
Alquiler (únicamente para la dirección del negocio o si tiene el negocio en su hogar)	\$ _____
Hipoteca	\$ _____
Servicios públicos (incluyendo teléfono, electricidad, agua, etc.)	\$ _____
<b>Gastos de transporte del negocio</b>	
¿Utiliza su vehículo sólo para el negocio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de millas recorridas por mes en la declaración:	
Total de millas recorridas <b>en el trabajo</b> por mes en la declaración:	
Reparaciones del vehículo que se utiliza para el negocio (pagadas únicamente en el mes de la declaración)	\$ _____
Registro y cuotas de la licencia del vehículo que se utiliza para el negocio (pagados únicamente en el mes de la declaración)	\$ _____
Intereses sólo de los pagos realizados por los vehículos utilizados para el negocio (pagados únicamente en el mes de la declaración)	\$ _____
<b>Marque y complete uno:</b>	
<input type="checkbox"/> Quiero deducir \$.485 por milla de gasolina, aceite y líquidos	
<input type="checkbox"/> Quiero deducir los gastos actuales de gasolina, aceite y líquidos	\$ _____

**DSHS WILL TOTAL ALLOWABLE EXPENSES.**

▲ Desprenda en la perforación ▲

## Sección 8: INFORMACIÓN VOLUNTARIA

Completar esta sección es voluntario y no afectará la posibilidad de inscribirse, pero nos puede ayudar a darle una mejor asistencia.

### ORIGEN ÉTNICO

- Negro/Afroamericano
- Blanco/Caucásico
- Indígena (Nativo Americano)
- Esquimal
- Isleño aleutiano/aleuta
- Isleño asiático o del Pacífico (API, por sus siglas en inglés)
- Hispano/Latinoamericano
- Otros u origen étnico combinado

### ¿DÓNDE OBTUVO SU SOLICITUD?

- Familia o amigo
- Sitio Web
- Oficina del gobierno, como DSHS o el departamento de salud
- Llamó a Basic Health y la recibió por correo
- Otro
- Organización local sin fines de lucro
- Consultorio médico/hospital/clínica

## Sección 9: ACUERDO Y FIRMA

### Entiendo que:

- Debo proporcionar constancia del ingreso bruto de mi familia (antes de los impuestos y deducciones) e informar los cambios en el ingreso que modificarían mi prima o elegibilidad a Basic Health o al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) dentro de un plazo de 30 días a partir del final de mes en el que cambié mi ingreso.
- Al firmar este formulario, he autorizado a Basic Health y a DSHS a verificar la información de mi elegibilidad y el ingreso de mi familia con otras agencias estatales o federales u otras fuentes de terceros.
- Debo informar los cambios de dirección y los cambios en mi familia. Debo informar, por ejemplo, mi casamiento o divorcio, o el casamiento o divorcio de cualquier miembro de mi familia que esté en mi cuenta, el nacimiento o adopción de un menor, o la fecha en que un hijo se va del hogar o deja de ser un dependiente o ya no es un estudiante a tiempo completo.
- Mi solicitud y los documentos que envié a Basic Health se utilizarán para determinar la elegibilidad para los programas de DSHS (Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad).
- Al solicitar y recibir los beneficios de DSHS, mi familia y yo cedemos al estado de Washington nuestros derechos de pago a un tercero por atención médica o servicios médicos cubiertos mientras recibimos los beneficios médicos.
- El depósito a Basic Health del pago de mi prima no garantiza la cobertura. El pago se reembolsará si se determina que no soy elegible para la cobertura.

Autorizo a mi plan de salud o proveedor médico a entregar mis registros médicos o los de mis hijos a Basic Health con el fin de participar en los programas de Basic Health/DSHS.

He leído y entendido la información que se me proporcionó con la solicitud de Basic Health. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos que envié a Basic Health son verdaderos, correctos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo que si yo o cualquier miembro de mi familia, o cualquier persona en mi nombre, presenta información falsa, mi familia o yo podemos perder la cobertura, ser económicamente responsables por los servicios obtenidos bajo Basic Health o por los montos adeudados de primas adicionales y enfrentar otras penas y procesos judiciales. Toda deuda con el estado puede ser enviada a una agencia de cobranza para su recuperación.

### EL ACUERDO DEBE SER FIRMADO POR USTED Y SU CÓNYUGE, SI ESTÁ LEGALMENTE CASADO

<b>X</b>	_____	_____	<b>X</b>	_____	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha		
<b>Firma de todos los dependiente de 18 años en adelante</b>					
<b>X</b>	_____	_____	<b>X</b>	_____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha		
<b>X</b>	_____	_____	<b>X</b>	_____	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha		

### Utilice esta lista de verificación para asegurarse de que incluye:

- La documentación de ingresos de los 30 días completos de todas las fuentes.
- El formulario 1040 del año tributario actual, incluyendo todos los anexos y el formulario K-1, si recibió uno o constancia del estado de exención si no tiene la obligación de presentar declaración. Si no presentó un formulario 1040, llame al Servicio de Rentas Internas y solicite una carta de su estado de exención.
- Los documentos que muestren su nombre y dirección actual.
- La orden del tribunal que muestre la manutención del niño requerida que usted está pagando, si está solicitando Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad.
- La solicitud firmada por todos los miembros de su familia mayores de 18 años.
- Su elección del plan de salud en la primera página de esta solicitud.
- El Formulario de autorización (incluido en este paquete), si desea que otra persona tenga acceso a la información de su cuenta.

**Adjunte todos los formularios y documentación requeridos y envíelos de vuelta en el sobre proporcionado.**

Envíe por correo a: Basic Health, P.O. Box 94213, Seattle, WA 98124-6513

**¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-321-0291**

**En Internet, visite: [www.basichealth.hca.wa.gov](http://www.basichealth.hca.wa.gov)**



**Declaración de privacidad:** Mantendremos su información confidencial según lo permitido por la ley. La Autoridad de Salud del Estado de Washington administra Basic Health. Para consultar nuestro Aviso de privacidad,

llame al 360-923-2822 o visite [www.hca.wa.gov](http://www.hca.wa.gov).