

Numero de EIP ID

Debe responder **todas** las preguntas e incluir **todos** los documentos requeridos. Si no se incluyen **todos** documentos requeridos, la solicitud está incompleta. El envío de una solicitud incompleta resultara en demoras en la determinación de su elegibilidad y podría causar el rechazo de su solicitud.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido legal		Primer nombre legal		Inicial del 2º nombre	Número de Seguro Social
¿Cuál es su estado civil?					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separados <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada en el estado de Washington (PDR)					
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		¿Cuál es su identidad de género actual?			
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero, masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero, femenino a masculino			
¿Qué sexo se le asignó al nacer?		Preferencia de comunicación escrita		¿Eres un Veterano?	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Origen étnico		Raza (marque todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino (a) (por favor especifique) <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano estadounidense, chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano, latino/a o de origen español		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indio nativo estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático (seleccione una o más): <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico (seleccione una o más): <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico			

2. INFORMACIÓN DE LA DIRECCION RESIDENCIAL

¿Cuál es su situación actual de vivienda?					
<input type="checkbox"/> Casa/Apartamento que usted posee/ Alquila <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado a Largo Plazo		<input type="checkbox"/> Facilidad de Libertad para Trabajo DOC <input type="checkbox"/> Cárcel/Prisión			
<input type="checkbox"/> Declaración de no poseer dirección residencial: - Si no posee una dirección residencial, complete la siguiente declaración: No poseo una dirección residencial. Anoche me quedé: <input type="checkbox"/> en un parque <input type="checkbox"/> en un automóvil <input type="checkbox"/> en un albergue <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> con familiares/amigos <input type="checkbox"/> en otra parte en la ciudad de: _____					
Teléfono Principal		Teléfono Secundario		¿Podemos dejarle un correo de voz?	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección		Apt / Lote / Piso		Condado	
Ciudad				Estado	Código postal

3. DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

¿Es la misma que su dirección residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección (sólo se requiere si no es la misma que la residencia o no tiene dirección de casa)			Apt / Lote / Piso
Condado	Ciudad	Estado	Código Postal

4. MENSAJERÍA ELECTRÓNICA

¿Está bien enviar un correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Correo electrónico: _____	¿Está bien enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono celular con código de área: _____ Compañía de Teléfono Celular: _____
---	---

5. MIEMBROS DEL HOGAR

Número total de miembros del hogar	# _____
------------------------------------	---------

*Por favor complete la siguiente sección para documentar cada miembro del hogar.
 Si necesita más páginas, puede copiar esta página.*

Miembro del Hogar - Solicitante

Apellido	Primer Nombre	¿Es usted actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Tiene ingresos actualmente?
	YO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Miembro del Hogar 2

Apellido	Primer Nombre	¿Esta persona es actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está bien contactar?	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Esta persona actualmente tiene ingresos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Miembro del Hogar 3

Apellido	Primer Nombre	¿Esta persona es actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está bien contactar?	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Esta persona actualmente tiene ingresos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Miembro del Hogar 4

Apellido	Primer Nombre	¿Esta persona es actualmente un cliente de EIP?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está bien contactar?	Relación con el Cliente (Esposo(a), PDR, Hijo(a), alguna otra persona que pueda reclamar sobre sus impuestos)	Fecha de nacimiento	¿Esta persona actualmente tiene ingresos?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS DEL HOGAR

Si usted y su familia no tienen ingresos, por favor continúe con la Declaración de No Ingresos a continuación.

Por favor incluya toda la documentación de ingresos requerida. (Consulte la guía de ayuda para los tipos de documentación de ingresos aceptables)

Ingreso Mensual Actual del Hogar	Quién Recibe Este Ingreso	Ingreso Bruto Mensual \$
Salarios, sueldos, propinas, etc.		
Interés sujeto a impuestos		
Interés exento de impuestos		
Dividendos Ordinarios		
Dividendos exentos de interés		
Reembolsos sujetos a impuestos de impuestos estatales / locales		
Pensión alimenticia u otro respaldo conyugal		
Ingresos o pérdidas por negocios o por Auto-Empleo (Anexo C o C-EZ)		
Ganancia/ pérdida de capital (Anexo D)		
Otras ganancias/pérdidas		
Distribuciones IRA – Monto sujeto a impuestos		
Pensiones y Anualidades		
Renta de propiedades, fideicomiso (Anexo E)		
Ingresos / pérdidas agrícolas (Anexo F)		
Compensación por desempleo		
Ingresos de Jubilación de la Seguridad Social		
Beneficios de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)		
Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)		
Otros Ingresos del Cliente (Servicio de Jurado, Ganancias de Juego)		
Manutención de los Hijos, Compensación del Trabajador o Regalo Monetario		

Actuales Ajustes Mensuales del Ingreso de los Hogares

Deducciones de Ingresos de MAGI	Quien Recibe esta Deducción	Cantidad Mensual \$
Gastos para Educadores		
Gastos de Negocios		
Cuenta de Ahorro para la Salud		
Gastos de Mudanza		
Parte deducible del impuesto de Auto-Empleo (Schedule SE)		
Deducción del Seguro de Salud por Auto-Empleo		
Autoempleo SEP, planes SIMPLE		
Penalización sobre la retirada anticipada del ahorro		
Pensión alimenticia pagada		
Deducción IRA		
Deducción de intereses de préstamos estudiantiles		
Matrícula y Cuotas		
Actividades de Producción Domesticas		

¿Presentó usted una declaración de impuestos? Sí No

Declaración de ausencia de ingresos

Al marcar esta casilla, declaro que mi familia y yo no tenemos ningún ingreso. Entiendo que el EIP puede solicitar documentación de mi empleador anterior o cartas de cancelación de beneficios en cualquier momento. También entiendo que le informaré al EIP sobre cualquier cambio en los ingresos en un plazo de 20 días de ocurrido el cambio. Si le proporciono al EIP información falsa o incompleta, el EIP puede negar mi elegibilidad y es posible que tenga que pagar por los servicios recibidos, si yo no era elegible para obtenerlos.

7. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD (si necesita más páginas, puede copiar esta página)

¿Tiene actualmente un seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí , debe proporcionar una copia de todas las tarjetas de seguro y marcar a continuación todos los tipos de seguro que tiene: Si respondió no , ¿su empleador ofrece seguro médico? Por favor díganos cuándo será elegible: _____
--	---

Seguro de Salud #1

Estado	¿Le gustaría recibir asistencia para pagar la prima mensual?	
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Si (Vea el formulario de inscripción de EHIP)	<input type="checkbox"/> No
¿Tipo de cobertura?		
<u>Medicare:</u> <input type="checkbox"/> Medicare Parte A Solamente <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte C (MAPD) <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (PDP)		
<u>Seguro:</u> <input type="checkbox"/> Plan de Salud Calificado (Este será un plan que compró por medio de WA Healthplanfinder)		
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Compruebe si tiene beneficios VA ¿Recibe su atención para el VIH en la VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compruebe si tiene servicios indios de salud ¿Recibe su atención para el VIH en IHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compañía de Seguros	Póliza/Nombre del Plan	
Fecha Efectiva	¿Incluye Cobertura de Prescripción?	¿Incluye Cobertura médica?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Seguro de Salud # 2 (Si es aplicable)

Estado	¿Le gustaría recibir asistencia para pagar la prima mensual?	
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Si (Vea el formulario de inscripción de EHIP)	<input type="checkbox"/> No
¿Tipo de cobertura?		
<u>Medicare:</u> <input type="checkbox"/> Medicare Parte A Solamente <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte C (MAPD) <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (PDP)		
<u>Seguro:</u> <input type="checkbox"/> Plan de Salud Calificado (Este será un plan que compró por medio de WA Healthplanfinder)		
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Compruebe si tiene beneficios VA ¿Recibe su atención para el VIH en la VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compruebe si tiene servicios indios de salud ¿Recibe su atención para el VIH en IHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compañía de Seguros	Póliza/Nombre del Plan	
Fecha Efectiva	¿Incluye Cobertura de Prescripción?	¿Incluye Cobertura médica?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Seguro Dental

¿Tiene seguro dental?	Compañía de Seguros
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

8. INFORMACIÓN MÉDICA

¿Recién recetado medicamentos antirretrovirales?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Médico de VIH					
Apellido		Primer Nombre		Teléfono	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Facilidad de Cuidado de VIH					
Nombre de Facilidad				Teléfono	
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal

9. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Representante Autorizado #1					
Proporcione la siguiente información para cualquier persona con la que desee que hablemos acerca de su EIP. La fecha de nacimiento de su (s) representante (s) autorizado (s) se utiliza para verificar la identidad de la persona al hablar sobre su cobertura.					
Apellido		Primer Nombre			
Teléfono	¿Está bien contactar?			Fecha de Nacimiento	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Representante Autorizado #2					
Apellido		Primer Nombre			
Teléfono	¿Está bien contactar?			Fecha de Nacimiento	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Representante Autorizado #3					
Apellido		Primer Nombre			
Teléfono	¿Está bien contactar?			Fecha de Nacimiento	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Administrador de casos médicos para el VIH	
Nombre del administrador del caso	Agencia
Teléfono	Correo Electrónico

10. PAGINA DE FIRMAS:ACUERDO, DIVULGACION DE INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Las agencias mencionadas a continuación se usan para coordinar y verificar elegibilidad para todos los servicios, y para la coordinación de tratamiento y cuidado con otro(s) programa(s) relacionados con EIP, siguiendo los mismos requisitos de confidencialidad identificados abajo:

- Administrador de Beneficios de Farmacia/Corporación Ramsell • Administrador de Beneficios de Seguro/Programa de Seguro de Salud Evergreen (EHIP)
- Departamento del Estado de WA de Seguridad de Empleos (Verificación de Ingresos) • Departamento del Estado de WA de Servicios Sociales y de Salud (Verificación de Medicaid)
- Autoridad del Cuidado de Salud del Estado de WA (Apple Health) • Todos los Proveedores contratistas con EIP • El Vendedor del Sistema de Software

Al firmar al final de esta sección, yo declare que he leído esta información, certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta hasta donde yo sé y acepto lo siguiente:

Yo tengo el derecho a:

1. Ser tratado con respeto, consideración y honestidad.
2. Recibir servicios sin discriminación basada en raza, color, sexo/género, etnicidad, origen nacional, religión, edad, clase, orientación sexual, habilidad mental o física.
3. Que mis registros sean tratados con confidencialidad.
4. Presentar una apelación respecto a las decisiones de mi elegibilidad y cobertura.

Yo tengo la responsabilidad de:

1. Tratar al personal del Departamento de Salud y sus compañeros contratistas de servicios con respeto, consideración y honestidad.
2. Dar información verídica, correcta y completa.
3. Responder a las peticiones de información de los Programas.
4. Por cualquier y todo reembolso de pagos de primas o beneficios pagados por error a mi durante mi inscripción.
5. Reembolsar al Programa si primas pagadas en mi nombre por exceso de primas de adelanto crediticio de impuestos son recibidas como parte de una devolución de Impuestos al Ingreso, si se aplica.
6. Presentar formas de impuestos al ingreso, si se aplica.
7. Actualizar mis ingresos en WA Healthplanfinder y con EIP si tengo un Plan de Salud Calificado mediante el Intercambio de Beneficios de Salud de WA.
8. Notificar al Programa, o pedirle a mi Administrador de Caso que notifique al Programa de cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Estos cambios incluyen: ingreso, domicilio, tamaño de familia y cobertura de seguro de salud. Debo enviar esta notificación adentro de 20 días desde el cambio.
9. Solicitar para otros servicios para los cuales pudiera ser elegible antes de que reciba EIP.
10. Enviar información respecto a mi elegibilidad continua para la participación en el/los Programa(s), incluyendo comprobante de ingresos, prueba de residencia, disponibilidad de cobertura de seguro de salud y una versión actualizada y firmada de esta forma con mi solicitud de recertificación cada (6 meses) de acuerdo a las Guías Federales

Yo entiendo que

1. La información requerida en esta solicitud tiene el propósito de determinar mi elegibilidad para servicios con fondos estatales y federales.
2. Los fondos son limitados y pueden vencerse en cualquier momento sin que haya extensión o disponibilidad de otros fondos alternos.
3. El Programa va a usar otros sistemas estatales y federales de datos y otra información para verificar la información que yo les he dado.
4. Si es aprobada, mi elegibilidad caducará después de seis meses. Antes de concluir mis seis meses, se me pedirá que vuelva a solicitar inscripción y proveer información de elegibilidad actualizada para continuar teniendo acceso a los servicios.
5. Pudiera tener que pagar una cuota, llamada costo compartido, para recibir servicios del Programa
6. Si se determina que soy elegible para servicios, mi información puede ser utilizada por los socios contractuales para proveer servicios del Programa.
7. La aprobación de elegibilidad no significa que voy a recibir o voy a ser inscrito en todos los servicios. Yo entiendo que cada servicio puede requerir información adicional, y que debo proveer esta información para ser verificada antes de la inscripción en estos servicios.
8. Si se me aprueba para asistencia de primas:
 - a. Yo necesito escoger a EHIP como mi Representante de Patrocinio para un Pla de Salud Calificado en el WA Healthplanfinder, si se aplica. Al escoger a EHIP como mi patrocinador, yo autorizo a EHIP a comunicarse y compartir información con el WA Healthplanfinder.
 - b. Debo notificar al Programa y a EHIP de cualquier cambio a mi cobertura de seguro tal como:
 - i. Al recibir seguro por parte de mi empleador, Medicaid, Medicare, compañero(a), esposo(a) o de otra fuente.
 - ii. Al recibir una factura de pago de primas, cupón de pago de primas o libreta de cupones.
 - iii. Al recibir notificación de pago atrasado de primas, carta o llamada telefónica.
 - iv. Al recibir una notificación o carta de cambio de primas..
 - c. Yo le doy al Programa y a EHIP autorización para comunicarse y compartir información acerca de mi Plan de Salud Calificado (QHP), Cuidado de Salud para d. Trabajadores con Discapacidades (HWD), Medicare Parte D (PDP) o Seguro Patrocinado por Empleador (ESI) para mí, mis padres, mi compañero(a), el empleador de mi esposo(a).
 - d. Yo autorizo y dirijo a mi asegurador de salud a reembolsar directamente al Programa por todos los pagos de primas no utilizados si mi póliza de seguro termina o es cancelada por cualquier razón, incluyendo pero no limitada a futura inelegibilidad, muerte, terminación voluntaria, cancelación involuntaria, o terminación por aplicación de la ley.
 - e. Si yo quiero revocar esta autorización y terminar el acuerdo, yo debo hacerlo por escrito para ambos, el administrador de beneficios de seguro y al administrador del plan de salud.

Divulgación de información: Yo doy mi permiso al programa a compartir la información de esta solicitud y de documentación subsecuente obtenida por el programa con socios contratistas, administradores de caso, y familiares/amigos yo enlisté en la Sección de Representante Autorizado de esta solicitud. Yo doy permiso por un año y 60 días a partir de la fecha en la que firmo esta autorización.

Asignación de Beneficios: Yo aquí asigno al Departamento de Salud del Estado de Washington cualquier derecho a beneficios médicos o de prescripciones para los cuales yo pueda ser elegible bajo cualquier otro plan de asistencia o de seguro de cualquier otra tercera entidad responsable. Yo consiento a la asignación de esos beneficios al Departamento de Salud del Estado de Washington y entiendo que el Departamento de Salud del Estado de Washington tiene derecho al reembolso por beneficios proveídos incorrectamente o por beneficios por los cuales una tercera entidad es responsable.

Firma del Solicitante o de su Guardián Legal **No Lo Deje En Blanco**

Fecha de Hoy(mm/dd/aaaa) **No Lo Deje En Blanco**