



# Cobertura de salud y ayuda para pagar costos

## Solicitud para una persona

COSAS QUE NECESITA SABER

Use esta solicitud para saber para qué opciones de seguro califica

- Cobertura gratis o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (KCHIP)
- Ayuda con los pagos que puede ayudarlo a pagar su cobertura de salud
- Planes de seguro de salud que puede pagar y que le ofrecen cobertura integral para ayudarlo a estar sano

¿Para quién es esta solicitud?

Individuos solteros que:

- **Viven en Kentucky y tienen planes de quedarse en Kentucky**
- **No tienen ningún dependiente y no pueden ser declarados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona**

Presente la solicitud más rápido en internet  
Lo que puede necesitar para presentar una solicitud

Presente la solicitud más rápido en [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov).

- Su número de Seguro Social (o número de documento si es inmigrante legal)
- Información sobre su empleador e ingreso (por ejemplo, talones de cheque de pago, formularios W-2, carta de otorgamiento o declaraciones de salario e impuestos)

¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos su **número de Seguro Social (SSN)**, su **ingreso** y otros datos para ver si califica y si puede recibir ayuda para pagar los costos de la cobertura de salud.

**Si necesita ayuda para obtener un SSN**, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Las personas que usan TTY tienen que llamar al 1-800-325-0778.

**Mantendremos toda la información que nos dé en privado, como lo exige la ley. Los números de seguro social se usan para verificar el ingreso de su familia y para buscar coincidencias en la computadora con otras agencias, por ejemplo el Departamento de Kentucky de Servicios de Empleo, el Servicio de Rentas Internas y otras fuentes para buscar coincidencias. Los números de seguro social no se usarán para denunciar a nadie a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS).**

¿Qué pasa después?

- Envíe por correo o fax su solicitud completa y firmada a:

**Kynect Health Coverage  
P.O. Box 2104  
Frankfort, KY 40602**

**Fax: 1-502-573-2007**

- **Si no tiene toda la información que pedimos, envíe su solicitud de todas maneras.** Nos contactaremos con usted para pedirle la información que falta si no podemos completar la determinación en base a lo que nos envía.
- **Si podemos hacer una determinación,** le enviaremos información detallada sobre los pasos que tendrá que seguir para seleccionar un plan. Tendrá que contactarnos a través de internet, llamarnos o pedir ayuda a un agente de seguros o kynector para inscribirse en un plan.

## Para obtener ayuda

- **En internet:** [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov)
- **Por teléfono:** Llame a atención a clientes al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- **Personalmente:** Encuentre una lista de lugares cerca de donde usted vive en nuestro sitio web o llamándonos.
- **En español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- **Por servicios TTY llame al 1-855-459-6328**



# Cobertura de salud y ayuda para pagar costos

## Solicitud para una persona

### PASO 1 Denos información sobre usted

Si otra persona lo está ayudando a completar esta solicitud, use el **Apéndice B** para darnos información de esa persona.

1. Nombre, inicial 2º, apellido y sufijo (**como aparece en su tarjeta de Seguro Social**)

2. Número de Seguro Social (SSN)

3. **Si quiere cobertura** y no proporciona su SSN, seleccione el motivo por el que no lo proporciona.

- Objeción religiosa     Solicitó SSN     No es elegible para recibir SSN  
 No tiene SSN y solo se puede entregar uno por un motivo válido no relacionado con trabajo     Se niega a proporcionar SSN  
 No quiero dar información, porque no estoy presentando solicitud para cobertura

4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

5. Sexo

- Masculino     Femenino

6. ¿Vive en Kentucky y tiene planes de quedarse en Kentucky?     Sí     No

7. Dirección del hogar -  **Marque aquí si no tiene una dirección del hogar. De todas maneras tendrá que ingresar una dirección postal.**

8. Ciudad

9. Estado

10. Cód. postal

11. Condado

12. Dirección postal (**Si es diferente a la dirección del hogar**)

13. Ciudad

14. Estado

15. Cód. postal

16. Condado

17. Teléfono primario     Hogar     Trabajo     Celular

18. Teléfono secundario     Hogar     Trabajo     Celular

19.  Marque aquí para solicitar no recibir mensajes de texto de kynect en su número de teléfono primario.

Marque aquí para solicitar no recibir alertas de mensajes de texto de kynect en su teléfono secundario.

20. Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

21. Idioma que prefiere escribir (si no es inglés)

22. kynect les envía a usted y al Servicio de Rentas Internas (IRS) el **Formulario 1095-A** para informarles los detalles de la inscripción y el monto de la ayuda con los pagos que recibió un hogar durante el año de cobertura, si corresponde. Puede solicitar el **Formulario 1095-B** en [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o comunicándose con DCBS si tuvo cobertura de Medicaid durante el año. Los formularios se envían por correo postal o, si usted crea una cuenta en kynect, podemos notificarle por correo electrónico que el formulario está listo para verse. Si prefiere ser notificado por correo electrónico, ingrese su dirección de correo electrónico:

23. ¿Tuvo un embarazo que terminó (en nacimiento o pérdida del embarazo) en los últimos tres meses o está embarazada ahora?     Sí. **Si contestó "Sí"**, responda las preguntas a–c.     No



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en internet, vaya a [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

a. ¿Cuál es la fecha de parto o la última fecha de embarazo? (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

b. ¿Cuántos niños se esperan/esperaban en este embarazo? \_\_\_\_\_

c. Quiere una referencia para el programa que ofrece alimentos a mujeres, bebés y niños (WIC)?  Sí  No

24. ¿Se le ofrece cobertura de salud por un empleo (incluido el empleo de otra persona, como el empleo de padre/madre)?

Sí. **Si contestó "Sí"**, tendrá que completar e incluir el **Apéndice A** con esta solicitud.  No

25. ¿Actualmente está inscrito o le ofrecieron un Acuerdo para Reembolso por Salud para Cobertura Individual (ICHRA) o un Acuerdo para Reembolso por Salud de Pequeño Empleador que Califica (QSEHRA)?

Sí. Si contestó "Sí", tendrá que completar el **Paso 4** en esta solicitud.  No

26. ¿Quiere ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

**Si contestó "Sí"**, ¿qué meses?

27. ¿Tiene planes de presentar una declaración de impuestos a la renta federal EL PRÓXIMO AÑO?  
(Puede solicitar seguro de salud aunque no presente declaración de impuestos a la renta federal.)

**SÍ. Si contestó "Sí"**, responda las preguntas a y b.  **NO. Si contestó "No"**, vaya a la pregunta b.

a. ¿Declarará sus impuestos como persona soltera sin dependientes?  Sí  No

**Si contestó "No"**, **no siga usando este formulario**. Use la *Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos para más de una persona* para incluir sus dependientes en la declaración de impuestos (incluso si no quiere solicitar cobertura de salud para ellos.)

b. ¿Usted está declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si contestó "Sí"**, **no siga usando este formulario**. Tendrá que solicitar cobertura con la persona que lo presenta en su declaración de impuestos (incluso si esa persona no quiere cobertura.)

28. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos o nacionalizado?

Sí  No

29. Si usted es ciudadano de los Estados Unidos o nacionalizado, ¿es un ciudadano naturalizado o con ciudadanía derivada?  Sí  No

**Si contestó "Sí"**, proporcione información para uno de los siguientes.

Certificado de naturalización

• Número de certificado de naturalización: \_\_\_\_\_

• Número de inmigrante: \_\_\_\_\_

Certificado de ciudadanía: \_\_\_\_\_

• Número de certificado de ciudadanía: \_\_\_\_\_

• Número de inmigrante: \_\_\_\_\_

30. Si no es ciudadano de Estados Unidos o nacionalizado, ¿tiene estatus de inmigración elegible?

**Sí**. Responda las preguntas a-d.

a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_

b. N.º de documento ID: \_\_\_\_\_

c. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996?  Sí  No

d. ¿En qué fecha obtuvo su estatus de inmigración actual? (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

31. ¿Hay una condición médica de emergencia?  Sí  No

32. ¿Es usted veterano o miembro en servicio activo del ejército de EE. UU.?  Sí  No

33. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? (**OPCIONAL**)  Sí  No

34. Raza (**OPCIONAL**)

Blanco

Indígena

Filipino

Vietnamita

Chamorro

Negro o

estadounidense

Japonés

Otra raza asiática

Samoano

afroamericano

Nativo de Alaska

Coreano

Nativo de Hawái

Otra de Islas del

Chino

Hindú asiático

Pacífico

35. ¿Es usted indígena estadounidense o nativo de Alaska?

Sí. **Si contestó "Sí"**, complete el **Apéndice C** y envíelo por correo con esta solicitud.  No



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en internet, vaya a [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

---

36. ¿Está en prisión ahora o fue liberado en los últimos tres meses?

Sí. **Si contestó “Sí”**, responda las preguntas a–c.  No

a. ¿Cuándo entró en la prisión? (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

b. ¿Cuándo salió de la prisión? (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

c. Está esperando una decisión sobre cargos?  Sí  No

---

37. ¿Necesita ayuda con actividades de la vida cotidiana (como bañarse, vestirse, etc.) o vive en un centro médico o residencia para ancianos?

Sí  No

---

38. ¿Es ciego o tiene una discapacidad permanente?  Sí  No

---

39. ¿Estaba recibiendo Medicaid cuando superó la edad para ser elegible para ser asignado a cuidados de crianza?

Sí  No

---

**Si contestó “Sí”**, ¿en qué estado vivía? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

---

40. Si está completando esta solicitud en nombre de una persona que falleció recientemente, ingrese la fecha de fallecimiento de la persona que murió: \_\_\_\_\_

---



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en internet, vaya a [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o llame al **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

# PASO 2 Empleo actual e información de ingreso

Use hojas adicionales si necesita agregar más de dos empleos.

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <b>Ingreso de Empleo 1</b> | 1. ¿Quién es su empleador? |
|----------------------------|----------------------------|

|  |   |
|--|---|
| 2. ¿Cuál es el monto <b>bruto</b> que gana (antes de impuestos)?<br>\$ _____ | 3. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual |
|--|---|

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| 4. <b>Trabajador por cuenta propia</b><br>a. Tipo de trabajo _____ | b. Ingreso <b>bruto</b> _____                             | e. ¿Con qué frecuencia? |
|  | c. <b>Gastos</b> de trabajo por cuenta propia _____       |                         |
|  | d. Ingreso <b>NETO</b> (ingreso bruto menos gastos) _____ |                         |
|  |   |                         |

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| <b>Ingreso de Empleo 2</b> | 5. ¿Quién es su empleador? |
|----------------------------|----------------------------|

|  |   |
|--|---|
| 6. ¿Cuál es el monto <b>bruto</b> que gana (antes de impuestos)?<br>\$ _____ | 7. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual |
|--|---|

|  |   |                         |
|--|---|-------------------------|
| 8. <b>Trabajador por cuenta propia</b><br>a. Tipo de trabajo _____ | <input type="checkbox"/> Ingreso <b>bruto</b> _____                             | e. ¿Con qué frecuencia? |
|  | <input type="checkbox"/> <b>Gastos</b> de trabajo por cuenta propia _____       |                         |
|  | <input type="checkbox"/> Ingreso <b>NETO</b> (ingreso bruto menos gastos) _____ |                         |

9. **Ingreso adicional:** Denos información sobre cualquier ingreso adicional que los miembros del hogar en esta solicitud puedan recibir. No incluya ingreso por manutención infantil, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), ingreso de veterano o indemnización laboral. **Si no hay, deje en blanco.**

| Tipo de ingreso                                 | ¿Quién lo recibe? | ¿Cuánto? | ¿Con qué frecuencia?   |
|---|-------------------|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social          | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas<br><input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral |
| <input type="checkbox"/> Pensiones              | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas<br><input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral |
| <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas<br><input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral |
| <input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas<br><input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral |
| <input type="checkbox"/> Desempleo              | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas<br><input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral |
| <input type="checkbox"/> Otro _____             | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas<br><input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral |

10. **Deducciones del hogar:** Denos información sobre cosas que los miembros de su hogar pagan y que se pueden deducir en una declaración de impuesto a la renta. La información que nos dé puede hacer que el costo del seguro de salud sea menor. **Si no hay, deje en blanco.**

| Tipo de deducción   | ¿Quién lo recibe? | ¿Cuánto? | ¿Con qué frecuencia?  |
|---|-------------------|----------|---|
| <input type="checkbox"/> Pensión para ex cónyuge          | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual |
| <input type="checkbox"/> Interés por préstamo estudiantil | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual |
| <input type="checkbox"/> Otra _____                       | _____             | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual |

11. **Ingreso anual del hogar:**Cuál es el ingreso **anual** estimado de su hogar para el año de la cobertura (incluye cambios mensuales, bonos, ingreso por temporada, etc., y deducciones totales)?  
\$ \_\_\_\_\_



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en internet, vaya a [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o llame al 1-855-4kynect (459-6328). Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

## PASO 3 Otra cobertura de atención de salud

¿Tiene otra cobertura de atención de salud ahora, incluida **cobertura dental y cobertura médica principal** que no sea Medicaid o KCHIP?

**SÍ. Si contestó “SÍ”, complete esta información.**  **NO.**

Tipo de cobertura \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de cobertura \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_ Fecha de fin de la cobertura \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora \_\_\_\_\_

## PASO 4 Acuerdo para Reembolso por Salud (HRA)

### Información del EMPLEADO y el EMPLEADOR

|  |           |   |
|--|-----------|---|
| 1. Nombre del empleado (Primer nombre, segundo nombre, apellido) |           |   |
| 2. Nombre del empleador  |           | 3. Número de identificación del empleador (EIN) |
| 4. Dirección del empleador                                       |           |   |
| 5. Ciudad  | 6. Estado | 7. Cód. postal                                  |
| 8. Nombre de contacto del empleador                              |           | 9. Teléfono de contacto del empleador           |

### Denos información sobre el HRA que ofrece este empleador

|   |  |
|---|--|
| 10. ¿Qué tipo de HRA es esta?<br><input type="checkbox"/> una Cobertura Individual HRA (ICHRA)<br><input type="checkbox"/> un Acuerdo para Reembolso por Salud de Pequeño Empleador que Califica (QSEHRA)?  |  |
| 11. ¿Cuál es la fecha de inicio y fecha de fin del HRA?<br>a. Fecha de inicio del HRA (mm/dd/aaaa): _____<br>b. Fecha de finalización del HRA (mm/dd/aaaa): _____   |  |
| 12. ¿Cuál es el monto de reembolso individual máximo que ofrece este empleador? \$ _____  |  |
| 13. ¿Con qué frecuencia estará disponible este monto? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual   |  |
| 14. Si tiene una oferta de Cobertura Individual HRA (ICHRA) y no está inscrito,<br>a. ¿En la fecha [sesenta días desde la fecha corriente] podrá utilizar el HRA (Acuerdo para Reembolso por Salud)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>b. ¿Usted piensa renunciar a este HRA si resulta elegible para recibir ayuda con los pagos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en internet, vaya a [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o llame al **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).

## PASO 5 Firme y escriba la fecha en esta solicitud

- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si doy información falsa y/o incorrecta.
- Sé que tengo que informar a kynect si la información que ingresé en esta solicitud cambia, en un plazo de 30 días a partir del cambio. Puedo visitar [kynect.ky.gov](http://kynect.ky.gov) o llamar al **1-855-4kynect (459-6328)** para informar sobre cualquier cambio.
- Si creo que kynect cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en kynect que creo que la acción es equivocada, y pedir una revisión justa de la acción. Sé que puedo ser representado en el proceso por otra persona que no sea yo mismo. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.
- Sé que, según la ley federal, no está permitida la discriminación en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Entiendo que kynect comprobará mis respuestas usando información en bases de datos del Servicios de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/u otras fuentes confiables. Si la información no coincide, se me puede pedir que envíe comprobantes.

**Renovación de cobertura en el futuro:** Para hacer más fácil la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en el futuro, estoy de acuerdo en permitir que kynect use mis datos de ingreso, incluida la información de declaraciones de impuestos y otras fuentes de datos confiables. kynect me enviará un aviso, me dejará hacer cambios y puedo optar por no permitir que use los datos en cualquier momento.

**Sí,** pueden renovar mi elegibilidad automáticamente en los próximos: (seleccione una opción)

- 5 años (máximo permitido)  4 años  3 años  2 años  1 año
- No usen información de mis declaraciones de impuestos u otras fuentes de datos para renovar mi cobertura.

**Consentimiento sobre finalización de la cobertura:** Si estoy inscrito en kynect y luego se determina que cuento con otra cobertura de salud que califica (como Medicare, Medicaid, o KCHIP), kynect terminará automáticamente mi cobertura de plan médico y dental. Reconozco que esto ayudará a asegurar que aquellas personas que se determine que tienen otra cobertura que califica no permanezcan inscritas en la cobertura médica y dental de kynect, donde tendrían que pagar el costo total.

- Sí,** estoy de acuerdo  **No,** no estoy de acuerdo

**Registro de votantes:** Si no estoy registrado para votar o no estoy registrado en el lugar donde vivo ahora, puedo elegir registrarme para votar marcando "Sí". Si marco "Sí", recibiré una solicitud para registro de votante por correo. Marcar "Sí" o "No" no afecta el resultado de esta solicitud.

- Sí,** quiero presentar la solicitud para el registro de votantes. Se me enviará una solicitud por correo.
- No,** no quiero registrarme para votar.

### Si soy elegible para Medicaid:

- Entiendo que si Medicaid paga por un gasto médico, cualquier pago de otro seguro de salud o acuerdos legales será para Medicaid para reembolso por el gasto.
- Entiendo que se puede revisar mi solicitud para asegurar que la elegibilidad se haya determinado correctamente. Si se revisa mi solicitud, debo cooperar con la revisión.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)



Si necesita ayuda con su solicitud, o para presentar la solicitud más rápido en internet, vaya a [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) o llame al **1-855-4kynect (459-6328)**. Para recibir ayuda en español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).