

Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar los Costos del Intercambio de Seguros de Salud de Nuevo México

Haga su solicitud más rápido en línea en www.beWellnm.com



Utilice esta solicitud para ver a qué cobertura puede optar

- Planes de beWellnm que ofrecen una cobertura completa para ayudarlo a mantenerse sano.
 - Un crédito fiscal que puede ayudar a reducir inmediatamente sus primas de cobertura de salud y una posible reducción de los costos compartidos.
 - Cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid.
 - Ciertos niveles de ingresos pueden tener derecho a programas gratuitos o de bajo costo.
-



¿Quién puede utilizar esta solicitud?

- Utilice esta solicitud para pedir la cobertura de cualquier persona de su hogar.
- Presente la solicitud incluso si usted, su cónyuge o su hijo(a) ya tienen cobertura de salud. Podría ser elegible para una cobertura gratuita o de bajo costo.
- Los hogares que incluyen a inmigrantes elegibles pueden presentar la solicitud. Puede presentar la solicitud para su hijo(a) aunque no sea elegible para la cobertura.

- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, es posible que tenga que llenar el Apéndice C.
-

Lo que puede necesitar para realizar la solicitud

- Números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) (o números de documento para cualquier inmigrante que necesite cobertura).
 - Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de la familia (por ejemplo, recibos de pago, formularios W-2 o declaraciones de salarios e impuestos).
 - Números de póliza de cualquier seguro médico actual.
 - Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo del que disponga su familia.
-

¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos por sus ingresos y otros datos para que sepa para qué cobertura puede optar y si puede recibir ayuda para pagarla. **Mantendremos la privacidad y la seguridad de toda la información que nos proporcione, tal y como exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite www.beWellnm.com.

Obtenga ayuda con esta solicitud

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección de la página 14. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y envíe su solicitud de todos modos.** Nos pondremos en contacto con usted en un plazo de 1 a 2 semanas, y **es posible que reciba una llamada de beWellnm si necesitamos más**

información. Recibirá un aviso de elegibilidad a través de su método de contacto preferido después de que se procese su solicitud. Llenar esta solicitud no significa que tenga que comprar una cobertura de salud.

Obtenga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** www.beWellnm.com.
- **Teléfono:** Llame al Centro de Interacción con el Cliente de beWellnm al **1-833-862-3935**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
- **En persona:** Es posible que haya agentes o asistentes certificados en su zona que puedan ayudarle. Visite www.beWellnm.com, o llame al Centro de Interacción con el Cliente de beWellnm al **1-833-862-3935** para obtener más información.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-833-862-3935**.
- **Otros idiomas:** Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-833-862-3935** y dígame al Representante del Centro de Interacción con el Cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno para usted.

Tiene derecho a recibir información de beWellnm en un formato accesible, como letra grande o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite <https://www.bewellnm.com/nondiscrimination-and-accessibility/>, o llame al Centro de Interacción con el Cliente de beWellnm al **1-833-862-3935** para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

Por favor, escriba en letras mayúsculas utilizando sólo tinta negra o azul oscuro. Rellene los círculos así .

PASO 1: Háblenos de usted.

(Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Dirección del domicilio (déjela en blanco si no tiene una.)	3. Dirección del domicilio 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Ciudad	5. Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Código postal	7. Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Dirección postal (si es diferente a la del domicilio; inclúyala incluso si no tiene hogar)	9. Dirección postal 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Ciudad	11. Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Código postal	13. Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. ¿Tiene la intención de residir en Nuevo Mexico?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

15. Número de teléfono () - Extensión Tipo de teléfono
 Hogar Trabajo

Celular

16. Segundo número de teléfono () - Extensión Tipo de teléfono
 Hogar Trabajo

Celular

17. Correo electrónico

18. Idioma preferido:

Escrito

Hablado

19. Desea obtener información sobre esta solicitud a través de:

Aviso en papel Correo electrónico Mensaje de Texto

PASO 2: Háblenos de su hogar.

¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Complete la Tabla de Parentesco del Hogar y luego el Paso 2 para cada persona en su hogar, incluso si la persona ya tiene cobertura de salud. La información de esta solicitud nos ayuda a asegurarnos de que todos reciban la mejor cobertura posible. El monto de la ayuda o el tipo de programa para el que usted califica se basa en el número de personas en su hogar y en los ingresos del mismo. Si no incluye a alguien, aunque ya tenga cobertura de salud, los resultados de su elegibilidad podrían verse afectados.

Para los adultos que necesitan cobertura:

*Incluya a estas personas **aunque no estén solicitando cobertura de salud para sí mismas:***

- Cualquier cónyuge
- Cualquier hijo(a) menor de 21 años con el que vivan, incluyendo a los hijastros(as)
- Cualquier otra persona que figure en la misma declaración federal de impuestos sobre la renta (incluyendo cualquier hijo(a) mayor de 21 años que sea reclamado(a) en la declaración de impuestos de uno de los padres/guardianes). No es necesario presentar la declaración de impuestos para obtener la cobertura de salud.

Para los hijos menores de 21 años que necesitan cobertura:
*Incluya a estas personas **aunque no estén solicitando cobertura de salud para sí mismas:***

- Cualquier padre/madre (o padrastro/madrastra), o guardian con el/(la) que vivan
- Cualquier hermano(a) con el/(la) que vivan
- Cualquier hijo(a) con el/(la) que vivan, incluyendo los(las) hijastros(as)
- Cualquier cónyuge con el que vivan
- Cualquier otra persona que figure en la misma declaración federal de impuestos sobre la renta. No es necesario presentar la declaración de impuestos para obtener la cobertura de salud.

Háblenos de su hogar: Escriba cada uno de los miembros de su hogar en la Tabla de Parentesco del Hogar que aparece a continuación. Utilice la tabla de muestra como guía. Sus ingresos y el tamaño de su hogar nos ayudan a decidir los programas y beneficios a los que puede optar.

Ejemplo de Tabla de Parentesco del Hogar:

PERSONA 1 **Maria** es el/la

Esposa

Madre

DE PERSONA 2 DE PERSONA 3 DE PERSONA 4 DE PERSONA 5 DE PERSONA 6

PERSONA 2 John es el/la
Esposo Padraastro

DE PERSONA 1 DE PERSONA 3 DE PERSONA 4 DE PERSONA 5 DE PERSONA 6

PERSONA 3 Lily es el/la
Hija Hijastra

DE PERSONA 1 DE PERSONA 2 DE PERSONA 4 DE PERSONA 5 DE PERSONA 6

Tabla de Parentesco del Hogar

Utiliza la siguiente tabla para enumerar a cada persona de su hogar y su parentesco. Si necesita más espacio, puede dibujar más columnas y filas, o hacer una copia de la tabla.

Comience con la **Persona 1**, y llene el parentesco que **Persona 1** tiene con cada miembro del hogar.

Persona 1 es la persona de contacto principal para esta solicitud.

Repita este paso para **cada persona** que figure en el hogar.

Utilice sólo los términos esposo, esposa o cónyuge cuando describa a las personas que están legalmente casadas ("legalmente casado" incluye el derecho común y el derecho registrado, pero no incluye las uniones civiles).

Persona 1 _____ Persona 2 _____

Persona 3 _____ Persona 4 _____

Persona 5 _____ Persona 6 _____

PERSONA 1 es el/la

_____ DE PERSONA 2 DE PERSONA 3 DE PERSONA 4 DE PERSONA 5 DE PERSONA 6

PERSONA 2 es el/la

_____ DE PERSONA 1 DE PERSONA 3 DE PERSONA 4 DE PERSONA 5 DE PERSONA 6

PERSONA 3 es el/la

_____ DE PERSONA 1 DE PERSONA 2 DE PERSONA 4 DE PERSONA 5 DE PERSONA 6

PERSONA 4 es el/la

_____ DE PERSONA 1 DE PERSONA 2 DE PERSONA 3 DE PERSONA 5 DE PERSONA 6

PERSONA 5 es el/la

_____ DE PERSONA 1 DE PERSONA 2 DE PERSONA 3 DE PERSONA 4 DE PERSONA 6

PERSONA 6 es el/la

_____ DE PERSONA 1 DE PERSONA 2 DE PERSONA 3 DE PERSONA 4 DE PERSONA 5

Nota: Si alguien en su hogar ha fallecido durante el año que estan aplicando para cobertura, debe incluirlo en su solicitud pero no como Persona 1. Esto nos ayudará a determinar mejor los beneficios a los que puede optar. **NO** es necesario que incluya a otros compañeros de piso sin parentesco.

Complete el paso 2 para cada persona de su hogar.

Empiece por usted mismo y luego añada a los demás adultos y niños. Si hay más de 2 personas en su hogar, **tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas.**

No es necesario que facilite el estatus migratorio ni el Número de la Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporcione de forma privada y segura, tal y como exige la ley. Utilizaremos la información personal sólo para comprobar si usted es elegible para la cobertura de salud.

PASO 2: PERSONA 1 **(Empiece por usted mismo.)**

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y las personas a su cargo que vivan con usted, y/o cualquier persona que figure en su misma declaración federal de impuestos sobre la renta, si la presenta. Consulte la página 1 para obtener más información sobre quiénes deben incluirse. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que debe añadir igualmente a las personas de su hogar.

1. Primer nombre	Segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Parentesco con la PERSONA 1?	3. ¿Está usted casado(a)?
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

5. Sexo

Fem.

Masc

6. Número de Seguro Social (SSN de 9 dígitos)

¿Tiene un nombre diferente en su tarjeta del SSN?

Primer nombre:

Apellido:

Si no tiene un SSN, seleccione por qué no: Extención por enfermedad

Recién solicitado

Extención para no ciudadanos

Extención por motivos religiosos

Otro:

Necesitamos un SSN si quiere cobertura de salud y tiene un SSN o

puede obtenerlo. Utilizamos el SSN para comprobar los ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite www.socialsecurity.gov, o llame el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

7. **¿Tiene previsto presentar una declaración de impuestos sobre la renta federal el PROXIMO AÑO?** *Puede solicitar la cobertura incluso si normalmente no presente la declaración de impuestos sobre la renta federal. Deberá presentar una declaración si recibe créditos fiscales.*

SÍ. En caso afirmativo, responda a los puntos a hasta c.

NO. Si la respuesta es no, pase al punto c.

a. ¿Va a presentar una declaración conjunta con un cónyuge?

Sí

No

En caso afirmativo, escriba el nombre del cónyuge:

Si la respuesta es no, ¿está presentando la solicitud por separado porque es víctima de malos tratos en el hogar o porque es un cónyuge abandonado? Sí No

b. ¿Va a declarar a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de los dependientes:

c. ¿Será usted declarado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del declarante:

¿Cuál es su parentesco con el declarante de impuestos?:

8. ¿Está usted embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo?

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de parto (mm/dd/aaaa)?

9. **¿Necesita cobertura de salud?** *Aunque tenga cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo.*

- Sí.** Continúe con la solicitud.
- NO.** **Sí la respuesta es no**, SALTE a las preguntas sobre los ingresos a partir de la página 4.

10. ¿Tiene una discapacidad física o un problema de salud mental que limita su capacidad para trabajar, asistir a la escuela, o atender a sus necesidades diarias? Sí No

11. ¿Tiene una condición de salud física, mental, o emocional que limita las actividades diarias (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o en una residencia de ancianos? Sí No

12. ¿Necesita una adaptación razonable a causa de una discapacidad o una lesión? Sí No

En caso afirmativo, condición:

Adaptación:

13. ¿Es usted **ciudadano** o **nacional de EE.UU.**? Sí No

14. ¿Es usted un **ciudadano naturalizado** o **derivado**? (*Esto suele significar que ha nacido fuera de EE.UU.*) Sí No

Si es así: Certificado of Naturalización

Certificado de Ciudadanía

Introduzca también el USCIS/número de extranjero a continuación.

15. **Si no es ciudadano o nacional de EE.UU.,** ¿tiene un estatus migratorio elegible? **Sí.** Introduzca el número de ID **No**

Tipo de documento de inmigración

Tipo de estatus

Fecha de concesión del estatus

Escriba su nombre completo tal y como aparece en su documento de inmigración.

USCIS/Número de extranjero o I-94 (11 caracteres)

Número de tarjeta o de pasaporte (13 caracteres)

ID de SEVIS o fecha de caducidad (12 caracteres)

Número de Visa (8 caracteres)

Otro (código de categoría o país de emisión)

En este momento no dispongo de los datos de mi documento.

a. ¿Llegó a los Estados Unidos después del 22 de agosto de 1996?

Sí No

b. ¿Es usted, su cónyuge o su padre o madre, un veterano con licencia honorífica o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo?

Sí No

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

17. ¿Vive con al menos un hijo(a) menor de 19 años y es usted la persona principal que se ocupa de él (ella)? *(Rellene "sí" si usted o su cónyuge cuidan de este niño(a))* Sí No

Indique los nombres y el parentesco de los menores de 19 años que viven con usted en su hogar:

18. ¿Era usted estudiante a tiempo completo? Sí No

19. ¿Ha estado alguna vez en crianza temporal? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué estado?

En caso afirmativo, ¿estaba recibiendo cobertura a través de un programa estatal de Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué edad tenía cuando dejó el sistema crianza temporal?

Opcional: *(Rellene todo lo que corresponda.)*

20. Origen étnico hispano: Mexicano, Mexicano-americano, o Chicano/a
 Puertorriqueño Cubano Otro:

21. Raza: Asiático Indio Indio americano o nativo de Alaska
 Negro o afroamericano Chino Filipino Japonés
 Guameño o Chamorro Coreano Nativo de Hawai
 Otros asiáticos Otros isleños del Pacífico Samoano
 Vietnamita Blanco Otro:

Información sobre el trabajo y los ingresos actuales

- Empleado(a):** Si actualmente tiene un empleo, indíquenos sus ingresos. Empiece por el punto 22.
- Sin empleo:** Salte al punto 30.
- Independiente:** Salte al punto 29.

Trabajo actual 1:

22. Nombre del empleador

a. Número de Identificación Fiscal

b. Dirección del empleador

c. Número de apartamento/unidad

d. Ciudad

e. Estado f. Código postal g. Condado

23. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$

- Una sola vez Semanalmente Dos semanas
 Dos veces al mes Mensualmente Cada dos meses
 Trimestralmente Dos veces al año Anualmente

Si es una sola vez: Mes Año

24. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

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

25. Nombre del empleador a. Número de Identificación Fiscal

b. Dirección del empleador c. Número de apartamento/unidad

d. Ciudad e. Estado f. Código postal g. Condado

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$

- Una sola vez Semanalmente Dos semanas
 Dos veces al mes Mensualmente Cada dos meses
 Trimestralmente Dos veces al año Anualmente

Si es una sola vez: Mes Año

27. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

28. En el último año, ¿tuvo o ha tenido que:

- Cambiar de trabajo Dejar de trabajar
 Un cambio de horario Cambio de salario/sueldo

- Un matrimonio, una separación legal, o un divorcio
- Una muerte en la familia
- Ninguno de estos casos

29. Si es independiente, responda de la a hasta la c:

- a. Tipo de trabajo:
- b. Ganancias
- Pérdidas ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del negocio) va a obtener o cuánto va a perder con este trabajo por cuenta propia este mes?
- c. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

30. **Otros ingresos que recibe este mes:** Rellene todo lo que corresponda, e indique la cantidad, y la frecuencia con la que los recibe. **Rellene aquí si no tiene ninguno. *NOTA: No es necesario que nos informe sobre los ingresos procedentes de la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI). Si un pago es una sola vez, escriba el mes y el año.***

- Desempleo
\$ ¿Frecuencia?
- Pensión/jubilación Fuente:
\$ ¿Frecuencia?
- Seguro Social
\$ ¿Frecuencia?
- Ganancias netas de capital (mensuales)
\$

- Otro ingreso, tipo:
 \$ ¿Frecuencia?
- Pensión alimenticia recibida (Nota: Sólo para divorcios finalizados antes del 01/01/2019.)
 \$ ¿Frecuencia?
- Agricultura/pesca neta Source:
 \$ ¿Frecuencia?
- Alquiler neto/regalías Ganancias Pérdidas
 \$ ¿Frecuencia?
- Intereses, dividendos, u otros ingresos por inversionese
 \$ ¿Frecuencia?

31. **Deducciones:** Rellene todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que lo paga. Si paga ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos sobre la renta federal, informarnos de ellas podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

NOTA: No debe incluir la manutención de los hijos que paga, ni un costo ya considerado en su respuesta al trabajo independiente neto (pregunta 29b).

Pensión alimenticia anual pagada (**Nota:** Sólo para divorcios finalizados antes del 01/01/2019.) \$

Interes anual de préstamos estudiantiles: \$

Otras deducciones anuales: \$

32. **Responda a esta pregunta si sus ingresos cambian a lo largo del año**, por ejemplo, si sólo trabaja en un empleo durante una parte del año o recibe un bono durante determinados meses. Si no prevé

cambios en sus ingresos mensuales, pase a la siguiente persona.

Sus ingresos totales previstos para el año natural para el que solicita la cobertura:

\$ Año:

PASO 2: PERSONA 2

Nota: Si esta persona no necesita cobertura de salud, conteste sólo las preguntas 1-13 de esta página. Haga una copia de las páginas 6-8 si hay más de 2 personas en su hogar. Etiquételas como PERSONA 3, PERSONA 4, etc.

Complete esta página para su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted, y/o cualquier persona que figure en su misma declaración federal de impuestos sobre la renta si la presenta. Si no presenta una declaración de impuestos sobre la renta, recuerde añadir igualmente a los miembros de la familia que viven con usted. Deberá presentar una declaración si recibe créditos fiscales. Consulte la página 1 para obtener más información sobre quiénes deben incluirse.

1. Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

2. ¿Parentesco con la PERSONA 1?

3. ¿Está usted casado(a)?

Sí No

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

5. Sexo

Fem Masc

6. ¿Tiene la intención de residir en Nuevo México?

Sí No

7. Número de Seguro Social (SSN de 9 dígitos)

¿Tiene un nombre diferente en su tarjeta del SSN?

Primer nombre:

Apellido:

Sí no tiene un SSN, seleccione por qué no: Extencion por enfermedad

Recién solicitado

Exención para no ciudadanos

Exención por motivos religiosos Otra:

Necesitamos este SSN si usted quiere cobertura de salud para la PERSONA 2, y la PERSONA 2 tiene un SSN.

8. ¿Vive la PERSONA 2 en la misma dirección que la PERSONA 1?

Sí

No

Si la respuesta es no, indique la dirección:

Dirección de la calle

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Si la respuesta es no, ¿vive la PERSONA 2 con uno de sus padres, padrastros, o guardianes? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del padre/madre, padrastro, o guardian?:

9. ¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos sobre la renta federal el próximo año? *(Todavía puede solicitar la cobertura incluso si normalmente Persona 2 no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta. Deberá presentar una declaración si recibe créditos fiscales.)*

SÍ. En caso afirmativo, responda a los puntos a hasta c.

NO. Si la respuesta es no, pase al punto c.

a. ¿Presentará la PERSONA 2 una declaración conjunta con un cónyuge?

Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre del cónyuge:

Si la respuesta es no, ¿está presentando la solicitud por separado porque es víctima de malos tratos en el hogar o porque es un cónyuge abandonado Sí No

b. ¿La PERSONA 2 declarará algún dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta? Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre de los dependientes:

c. ¿Se reclamará a la PERSONA 2 como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de alguien? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del declarante:

¿Cómo se relaciona la PERSONA 2 con el declarante de impuestos?

10. ¿La PERSONA 2 está embarazada? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo?

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de parto (mm/dd/aaaa)?

11. ¿Necesita la PERSONA 2 cobertura de salud? (Aunque la PERSONA 2

tenga cobertura, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo.) **SÍ.** Continúe con la solicitud.

NO. Si la respuesta es no, SALTE a las preguntas sobre los ingresos a partir de la página 7.

12. ¿Tiene la PERSONA 2 una discapacidad física o una condición de salud mental que limita su capacidad para trabajar, asistir a la escuela, o atender a sus necesidades diarias? Sí No

13. ¿Tiene la PERSONA 2 una condición de salud física, mental, o emocional que limita las actividades diarias (como bañarse, vestirse, las tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o en una residencia de ancianos? Sí No

Nota: Si una persona necesita ayuda sólo porque es demasiado joven para hacer estas cosas por sí misma, no seleccione "sí" a las preguntas 11 y 12.

14. ¿Necesita la PERSONA 2 una adaptación razonable debido a una discapacidad o a una lesión? Sí No

En caso afirmativo, condición:

Adaptación:

15. ¿Es la PERSONA 2 un **ciudadano** o **nacional de EE.UU.**? Sí No

16. ¿Es la PERSONA 2 un **ciudadano naturalizado** o **derivado**? (Esto suele significar que han nacido fuera de EE.UU.) Sí No

Si es así: Certificado of Naturalización

Certificado de Ciudadanía

Introduzca también el USCIS/número de extranjero a continuación.

17. **Sí no es ciudadano o nacional de EE.UU.**, ¿tiene un estatus migratorio elegible? **Sí.** Introduzca el número de ID **No**

Tipo de documento de inmigración

Tipo de estatus

Fecha de concesión del estatus

Escriba su nombre completo tal y como aparece en su documento de inmigración.

USCIS/Número de extranjero o I-94 (11 caracteres)

Número de tarjeta o de pasaporte (13 caracteres)

ID de SEVIS o fecha de caducidad (12 caracteres)

Número de Visa (8 caracteres)

Otro (código de categoría o país de emisión)

La PERSONA 2 no dispone de los datos de su documento en este momento.

a. ¿Llegó la PERSONA 2 a los Estados Unidos después del 22 de agosto de 1996? Sí No

b. ¿Es la PERSONA 2, o el cónyuge o padre de la PERSONA 2, un veterano con licencia honorífica o un miembro del ejército estadounidense en servicio activo? Sí No

18. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

19. ¿Vive la PERSONA 2 con al menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se ocupa de este hijo(a)? *(Rellene "Sí" si la PERSONA 2 o su cónyuge se ocupan de este hijo(a))* Sí No

Indique los nombres y el parentesco de los menores de 19 años que viven con la PERSONA 2 en su hogar:

20. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante a tiempo completo? Sí No

21. ¿La PERSONA 2 estuvo alguna vez en crianza temporal?

Sí No **No, En caso afirmativo, ¿en qué estado?**

En caso afirmativo, la PERSONA 2 estaba recibiendo cobertura a través de un programa estatal de Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué edad tenía la PERSONA 2 cuando dejó el sistema crianza temporal?

Opcional: *(Rellene todo lo que corresponda.)*

22. Si es de Etnia Hispana: Mexicano, Mexicano-americano, o Chicano/a
 Puertorriqueño Cubano Otro:

23. Raza: Asiático Indio Indio americano o nativo de Alaska
 Negro o afroamericano Chino Filipino Japonés
 Guameño o Chamorro Coreano Nativo de Hawai
 Otros asiáticos Otros isleños del Pacífico Samoano
 Vietnamita Blanco Otro:

Información sobre el trabajo y los ingresos actuales

- Empleado(a):** Si actualmente tiene un empleo, indíquenos sus ingresos. Empiece por el punto 24.
- Sin empleo:** Pase al punto 32.
- Independiente:** Pase al punto 31.

Trabajo actual 1:

24. Nombre del empleador

a. Número de Identificación Fiscal

b. Dirección del empleador

c. Número de apartamento/unidad

d. Ciudad

e. Estado

f. Código postal

g. Condado

25. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$

Una sola vez

Semanalmente

Dos semanas

Dos veces al mes

Mensualmente

Cada dos meses

Trimestralmente

Dos veces al año

Anualmente

Si es una sola vez: Mes

Año

26. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

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

27. Nombre del empleador

a. Número de Identificación Fiscal

b. Dirección del empleador

c. Número de apartamento/unidad

d. Ciudad

e. Estado

f. Código postal

g. Condado

28. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$

Una sola vez

Semanalmente

Dos semanas

- Dos veces al mes Mensualmente Cada dos meses
 Trimestralmente Dos veces al año Anualmente

Si es una sola vez: Mes Año

29. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

30. En el último año, ¿la PERSONA 2 tuvo o ha tenido que:

- Cambiar de trabajo Dejar de trabajar
 Un cambio de horario Cambio de salario/sueldo
 Un matrimonio, una separación legal, o un divorcio
 Una muerte en la familia Ninguno de estos casos

31. **Si es independiente, responda de la a hasta la c:**

a. Tipo de trabajo:

b. Ganancias

Pérdidas ¿Cuántos ingresos netos (beneficios una vez pagados los gastos del negocio) va la PERSONA 2 a obtener o cuánto va a perder con este trabajo por cuenta propia este mes?

c. Promedio de horas trabajadas cada SEMANA

32. **Otros ingresos que recibe este mes la PERSONA 2:** Rellene todo lo que corresponda, e indique la cantidad y la frecuencia con la PERSONA 2 los recibe. **Rellene aquí si no tiene ninguno. NOTA: No es necesario que nos informe sobre los ingresos de la PERSONA 2 procedentes de la manutención de los hijos, los pagos a los veteranos o el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI). Si un pago es una sola vez, escriba el mes y el año.**

- Desempleo
 \$ ¿Frecuencia?
- Pensión/jubilación Fuente:
 \$ ¿Frecuencia?
- Seguro Social
 \$ ¿Frecuencia?
- Ganancias netas de capital (mensuales)
 \$
- Otro ingreso, tipo:
 \$ ¿Frecuencia?
- Pensión alimenticia recibida (Nota: Sólo para divorcios finalizados antes del 01/01/2019.)
 \$ ¿Frecuencia?
- Agricultura/pesca neta Source:
 \$ ¿Frecuencia?
- Alquiler neto/regalías Ganancias Pérdidas
 \$ ¿Frecuencia?
- Intereses, dividendos, u otros ingresos por inversionese
 \$ ¿Frecuencia?

33. **Deducciones:** Rellene todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que la PERSONA 2 lo paga. Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos sobre la renta federal, informarnos de ellas podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco más bajo.

NOTA: No debe incluir la manutención de los hijos que paga la PERSONA 2, ni un costo ya considerado en su respuesta al trabajo independiente neto (pregunta 30b)

Pensión alimenticia anual pagada (**Nota:** Sólo para divorcios finalizados antes del 01/01/2019.) \$

Interes anual de préstamos estudiantiles: \$

Otras deducciones anuales: \$

34. Responda a esta pregunta si los ingresos de la PERSONA 2 cambian a lo largo del año, empleo durante una parte del año o recibe una prestación durante determinados meses. Si no prevé cambios en sus ingresos mensuales, pase a la siguiente persona. Los ingresos totales previstos de la PERSONA 2 para el año natural para el que solicita la cobertura:

\$ Año:

PASO 2: Arreglo de Vivienda en el Hogar y Miembro(s) del Hogar Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

1. ¿Cuál es el arreglo de vivienda de su hogar (por ejemplo, en el hogar, personas sin hogar, tratamiento por abuso de sustancias, etc.)?

PERSONA 1 (usted)

PERSONA 2

PERSONA 3

PERSONA 4

PERSONA 2

PERSONA 3

2. ¿Es usted o alguien de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

- NO.** Si es no, continúe al Paso 4.
- Sí. Sí es Sí,** continúe al Paso 4, además de completar el **Apéndice B** e incluirlo con la solicitud.

PASO 4: La cobertura de salud de su hogar

1. Por cada año que obtuvo una bonificación fiscal por prima, ¿presentó su hogar una declaración de impuestos y concilió cualquier bonificación fiscal por prima que haya utilizado?

- Sí, se conciliaron los créditos fiscales de las primas. Rellene el círculo sólo si TODOS estos puntos le son aplicables:**
- Usted utilizó los pagos anticipados de créditos fiscales para primas (APTC, por sus siglas en inglés) en uno o más años anteriores para ayudar a reducir sus costos de cobertura de seguro de salud a través de un mercado.
 - El declarante de impuestos de su hogar presentó una declaración de impuestos sobre la renta federal para cada uno de estos años
 - El o los declarantes presentaron el formulario 8962 del IRS junto con la declaración de impuestos sobre la renta.

Para obtener más información, visite

www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/premium-tax-credit-claiming-the-credit-and-reconciling-advance-credit-payments

2. ¿Se ha considerado que alguna persona de esta solicitud no cumple los requisitos para recibir Medicaid en los últimos 90 días? *(Seleccione Sí sólo si alguien fue encontrado no elegible para esta cobertura por el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México.)* Sí No

¿Quién?

En caso afirmativo, ¿han cambiado los ingresos del hogar, el tamaño de la familia, la situación de ciudadanía/inmigración, la residencia, la discapacidad física, el estado de embarazo, o el estado de salud mental desde que se determinó que podían acogerse a Medicaid?

Sí No ¿Quién?

3. ¿Alguna de las personas que figuran en esta solicitud solicitó la cobertura durante o después del Periodo de Inscripción Abierta de beWellnm o después de un acontecimiento vital que cumpla los requisitos? *(Si la respuesta es sí y fue durante un acontecimiento vital que reúne los requisitos, rellene el Apéndice D.)* Sí No

¿Quién?

4. Si alguien que solicita cobertura es elegible para Medicaid, ¿qué organización de atención administrada le gustaría: **Blue Cross Blue Shield, Presbyterian, o Western Sky?** (Pueden cambiar a una diferente dentro de 3 meses si lo desean o si su selección ya no está disponible en el momento de la solicitud.)

PERSONA 1 (usted)

PERSONA 2

PERSONA 3

PERSONA 4

PERSONA 2

PERSONA 3

5. ¿Alguna de las personas que figuran en esta solicitud tiene cobertura de salud en su trabajo? *Marque Sí aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona, como un padre o un cónyuge, aunque no acepte la cobertura.*

SÍ. Continúe y luego complete el Apéndice A. **NO**

¿Alguien que figure en la solicitud ofrece un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos para Cobertura Individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) o una Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos para Pequeños Empleadores calificados (QSEHRA por sus siglas en inglés)? Si es así, complete el **Apéndice F**. Sí No

6. ¿Hay alguien inscrito en la cobertura de salud ahora?

- SÍ. En caso afirmativo**, continúe a la pregunta 7.
- NO. En caso negativo**, SALTE al Paso 5.

7. **Información sobre la cobertura de salud actual.** (*Haga una copia de esta página y de la siguiente si hay más de dos personas con cobertura de salud en la actualidad.*)

Seleccione el tipo de cobertura en el **que todavía estará inscrito** cuando su cobertura a través de beWellnm pueda comenzar. (*No nos diga sobre TRICARE si tiene Atención Directa o Línea de Servicio. Otra cobertura de beneficios completos **no** incluye la cobertura del Intercambio.*)

PERSONA 1: Nombre de la persona inscrita en la cobertura de salud

Tipo de cobertura: [Si se trata de un seguro del empleador, incluyendo COBRA o de jubilados, complete el **Apéndice A**; todos los demás tipos, complete el **Apéndice E**.]

- Seguro del empleador COBRA Plan de Salud para Jubilados
- Medicaid Medicare TRICARE
- Programa de Salud de Asuntos de Veteranos
- Programa de Beneficios de Salud para Cuerpos de Paz/Empleados Federales

- Otra cobertura de beneficios completos
- Otra cobertura de beneficios limitados

Si es un seguro del empleador:

Nombre del plan de salud

Número de Póliza/ID

Fecha en la que la PERSONA 1 estará cubierta por el plan (mm/dd/aaaa):

PERSONA 2: Nombre de la persona inscrita en la cobertura de salud

Tipo de cobertura: [Si se trata de un seguro del empleador, incluyendo COBRA o de jubilados, complete el **Apéndice A**; todos los demás tipos, complete el **Apéndice E**.]

- Seguro del empleador
- COBRA
- Plan de Salud para Jubilados
- Medicaid
- Medicare
- TRICARE
- Programa de Salud de Asuntos de Veteranos
- Programa de Beneficios de Salud para Cuerpos de Paz/Empleados Federales
- Otra cobertura de beneficios completos
- Otra cobertura de beneficios limitados

Si es un seguro del empleador:

Nombre del plan de salud

Número de Póliza/ID

Fecha en la que la PERSONA 2 estará cubierta por el plan (mm/dd/aaaa):

PASO 5: Su acuerdo y firma

1. Si alguno de los miembros del hogar parece ser elegible para Medicaid, enviaremos esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (HSD) para una determinación final de elegibilidad para Medicaid.
2. Si parece que todos o algunos de los miembros del hogar no son elegibles para Medicaid, ¿aún quiere que enviemos esta solicitud al HSD para una determinación final de la elegibilidad para Medicaid? Sí No
Si tiene preguntas, póngase en contacto con nuestro Centro de Interacción con el Cliente llamando al 1-833-862-3935 (TTY: 711).
3. ¿Alguna de las personas que solicitan un seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o encarcelada)?
 Sí No

En caso afirmativo, indíquenos el nombre de la persona. El nombre de la persona encarcelada es:

- Complete aquí si esta persona está en espera de juicio

Esta solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad para la cobertura de seguro de salud subsidiada o no subsidiada que se ofrece a través del Intercambio de Seguros de Salud de Nuevo México, también conocido como beWellnm (en adelante, "beWellnm"), y otros programas de cobertura, como Medicaid.

En mi nombre y en el de todas las personas que figuran en esta solicitud, entiendo, declaro y acepto lo siguiente:

Si alguna de las personas que figuran en esta solicitud está inscrita en la cobertura de beWellnm (es decir, la cobertura del Intercambio) y posteriormente se descubre que tiene otra cobertura de salud que

reúne los requisitos (como Medicare o Medicaid), beWellnm finalizará automáticamente su cobertura del plan beWellnm. De este modo, se garantiza que cualquier persona que tenga otra cobertura que reúna los requisitos necesarios no siga inscrita en la cobertura de beWellnm y tenga que pagar el costo total.

- Doy permiso para que beWellnm finalice la cobertura de beWellnm de las personas que figuran en mi solicitud.
- No doy permiso a beWellnm para finalizar la cobertura de beWellnm en esta situación. Entiendo que las personas afectadas en mi solicitud dejarán de ser elegibles para la asistencia financiera y deberán pagar el costo total de su cobertura de Mercado.

¿Está de acuerdo en permitir que beWellnm utilice sus datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos, durante los próximos 5 años? Sí No

Para facilitar que beWellnm determine su elegibilidad para obtener ayuda para pagar la cobertura en los próximos años, puede acordar permitir que beWellnm utilice sus datos de ingresos actualizados, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos, a fin de determinar su elegibilidad para los programas de cobertura médica. BeWellnm le enviará un aviso y le permitirá hacer los cambios necesarios en su información. BeWellnm puede pedirle que confirme que sus ingresos aún califican. Puede optar por excluirse en cualquier momento. (Esto afectará mi capacidad para obtener ayuda para pagar la cobertura en el momento de la renovación). Puedo revisar la Política de Privacidad de beWellnm para obtener más información sobre cómo se utiliza la información de la declaración de impuestos.

En mi nombre y en el de todas las personas que figuran en esta solicitud, entiendo, declaro y acepto lo siguiente:

1. Es posible que tenga que pagar una prima por la cobertura del seguro de salud para mí y para otras personas que figuran en esta solicitud. Si no pago cualquier prima debida, mi cobertura puede ser cancelada.
2. BeWellnm puede compartir el estado de mi solicitud con un hospital, centro de salud comunitario, otro proveedor médico o agencias federales o estatales cuando sea necesario para el tratamiento, el pago, las operaciones o la administración de los programas mencionados en este documento, como Medicaid.
3. Todos los solicitantes y afiliados deben informar a beWellnm sobre cualquier cambio en los ingresos, el empleo o el tamaño de la familia, la cobertura del seguro médico y la situación migratoria, o sobre los cambios en cualquier otra información que figure en esta solicitud (y en cualquier suplemento de la misma), en un plazo de treinta (30) días calendario a partir del momento en que tengan conocimiento del cambio. Puedo informar de los cambios de cualquiera de las siguientes maneras:
 - Entrar en mi cuenta en www.beWellnm.com. Puedo crear una cuenta en línea si aún no tengo una.
 - Llamar al Centro de Interacción con el Cliente de beWellnm al 1-833-862-3935 (TTY: 711).
 - Enviar la información de cambio a beWellnm a PO Box 25247, Albuquerque, NM 87125.Un cambio en la información podría afectar a la elegibilidad de uno o todos los miembros del hogar.
4. En relación con los procesos de elegibilidad e inscripción, beWellnm

puede enviar avisos que tengan información personal sobre las personas que figuran en esta solicitud a otras personas de esta solicitud, o compartir de otro modo dicha información personal con dichas personas.

5. Acepto que beWellnm utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos, durante los próximos 5 años para decidir si cumpla los requisitos para los programas de cobertura de salud. beWellnm comprobará que sigo cumpliendo los requisitos, y puede pedirme que confirme que mis ingresos siguen cumpliendo los requisitos. beWellnm me enviará un aviso y me permitirá realizar cambios en mi solicitud de elegibilidad.
 - Puedo optar por no aplicar esta disposición si no solicito ayuda económica en el momento de la renovación o en cualquier momento del año. (Esto afectará mi capacidad de obtener ayuda para pagar la cobertura en la renovación). Puedo revisar la [Política de Privacidad de beWellnm](#) para obtener más información sobre cómo se utiliza la información de la declaración de impuestos.
6. Si soy elegible para los pagos anticipados del crédito fiscal de la prima, estos pagos se harán directamente a mi(s) compañía(s) de seguros. Si acepto los pagos anticipados de los créditos fiscales para las primas, esto puede repercutir en mi obligación fiscal anual. Puedo aplicar todo, parte o nada del importe del crédito fiscal de la prima al que pueda tener derecho a mi prima mensual.
7. BeWellnm comprobará las fuentes de datos electrónicos para ver si puede verificar mis ingresos y otra información que he puesto en esta solicitud. Estas fuentes de datos electrónicos pueden proceder de la Administración del Seguro Social (SSA), de una agencia de informes del consumidor y/o de otras fuentes privadas o

gubernamentales. Si la información no coincide, es posible que tenga que enviar una confirmación (prueba) a beWellnm.

8. BeWellnm puede obtener cualquier registro o información para verificar la información que puse en esta solicitud (y cualquier suplemento), u otra información que proporcione una vez que sea miembro, para respaldar la elegibilidad continua. Doy permiso para enviar esta solicitud de beneficios de seguro de salud para todos los adultos y todos los niños menores que figuran en esta solicitud, de acuerdo con las representaciones que he hecho y según lo permitido por los documentos legales que he presentado con esta solicitud.
9. Si alguien en esta solicitud está optando a Medicaid, mi firma en esta solicitud es también una indicación de lo siguiente:
 - Declaro la identidad de los hijos menores de 16 años por los que hago la solicitud.
 - Si se me solicita, daré pruebas de las cosas que informo al Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (HSD). Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle al HSD que me ayude y dejaré que el HSD se ponga en contacto con otras personas y empresas para obtener pruebas.
 - Dejaré que HSD dé información limitada a las agencias aprobadas que ofrecen asistencia relacionada para la cual puedo ser elegible.
 - Entiendo que si recibo beneficios de SNAP, Cash o LIHEAP para los cuales no soy elegible, es posible que tenga que devolver a HSD esos beneficios.
 - Sé que HSD comprobará la información que doy. HSD puede

utilizar ordenadores u otros medios para comprobar la información de este formulario.

- Sé que HSD verificará el estado de inmigración de las personas que solicitan u obtienen beneficios. Entiendo que el estatus migratorio de cualquier miembro del hogar para el que estoy presentando la solicitud puede estar sujeto a verificación por parte de USCIS (INS) y que puede afectar la elegibilidad y/o el nivel de beneficios del hogar.
- Entiendo que debo cooperar con el Control de Calidad (QC). QC es una parte de HSD. QC revisa los casos para asegurarse de que HSD determine correctamente quién puede recibir ayuda.
- Se me ha dado la oportunidad de revisar mis derechos y responsabilidades, incluyendo los derechos de audiencia justa y más.
- FIDEICOMISOS - Entiendo que si yo, o la(s) persona(s) para la(s) cual(es) estoy presentando la solicitud, hemos establecido un fideicomiso o somos los beneficiarios de un fideicomiso, debo entregar a HSD una copia del documento del fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. HSD analizará el fideicomiso para ver si afecta los beneficios de Medicaid que estoy solicitando.
- RECUPERACIÓN DEL PATRIMONIO - Entiendo que después de mi muerte, HSD puede presentar un reclamo contra mi patrimonio para recuperar las cantidades que el estado paga o pagó en mi nombre por la asistencia médica proporcionada bajo el programa de Medicaid. Este proceso se llama "Estate Recovery". La recuperación del patrimonio es requerida por la ley federal y estatal cuando los

beneficiarios de Medicaid tienen 55 años de edad o más y el estado realiza pagos de asistencia médica en su nombre por servicios de centros de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y/o servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados. La cantidad recuperada por el HSD no superará el importe de los pagos de asistencia médica realizados en nombre del beneficiario de Medicaid. Pueden aplicarse algunas exclusiones.

- Una persona que está presentando una solicitud o recibiendo Medicaid cederá a HSD todos los derechos contra cualquiera y todos los individuos por apoyo médico o pagos por gastos médicos pagados en nombre del solicitante o receptor y en nombre de cualquier otra persona para la cual se presenta una solicitud o se recibe asistencia.
- Una persona que está presentando una solicitud o recibiendo Medicaid cederá a HSD todos los derechos contra cualquiera y todos los individuos por apoyo médico o pagos por gastos médicos pagados en nombre del solicitante o receptor y en nombre de cualquier otra persona para la cual se presenta una solicitud o se recibe asistencia.
- Si alguien en esta solicitud se inscribe en Medicaid, estoy dando a la agencia de Medicaid el derecho a perseguir y obtener cualquier dinero de otro seguro médico, acuerdos legales u otros terceros. También estoy dando a la agencia de Medicaid derechos para procurar y obtener apoyo médico de un cónyuge o padre.
- Si un niño de esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que cobra la manutención médica de un padre ausente. Si creo

que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decírselo a la agencia y es posible que no tenga que cooperar.

- Yo, como representante autorizado, declaro y acepto estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relativa al solicitante o beneficiario, no reasignaré ninguna reclamación de proveedores, si procede, y cumpliré todos los requisitos establecidos en 42 CFR §435.923(d).

Estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

También entiendo, declaro y acepto lo siguiente:

1. He leído (o me han leído) y entiendo la información de esta solicitud, incluyendo los suplementos y las páginas de instrucciones.
2. Tengo permiso de todas las personas que figuran en esta solicitud (o de sus padres u otro representante legalmente autorizado) para presentar esta solicitud, y para actuar en su nombre para completar cualquier proceso y actividad de elegibilidad e inscripción en curso o posterior, incluyendo (pero sin limitarse a), lo siguiente:
 - proporcionar información personal sobre ellos, incluyendo información sobre la salud, la cobertura médica y los ingresos; ver la información que pueda ser proporcionada por beWellnm; y dar su consentimiento en su nombre para el uso y la divulgación de su información como se describe en esta solicitud;
 - tomar decisiones sobre las opciones de cobertura y los métodos de comunicación con beWellnm
 - realizar cambios en la solicitud u otros documentos de

elegibilidad y proporcionar información sobre cualquier cambio en sus circunstancias; y

- dar su consentimiento para que se utilicen fuentes gubernamentales y privadas para verificar la información descrita en esta solicitud.

3. Entiendo los derechos y responsabilidades de todas las personas que figuran en esta solicitud, tal como se explica en el presente documento. He informado o informaré a todas esas personas (o a sus padres o a su representante legalmente autorizado, en su caso), sobre estos derechos y responsabilidades para que los comprendan.
4. Toda la información que facilito a beWellnm es confidencial. La información confidencial puede ser revelada a las agencias federales o estatales para determinar la elegibilidad y/o para proporcionar servicios.
5. La información que he dado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley estatal y/o federal si intencionalmente hago declaraciones falsas u oculto información.
6. Según la ley federal, beWellnm tiene prohibido discriminar contra mí por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en:
<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.
7. beWellnm tratará las firmas electrónicas, enviadas por fax o copias con la misma fuerza y efecto que una firma original.

Estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

He revisado, comprendo y acepto las Condiciones de Uso (**Apéndice G**) y la Política de Privacidad (**Apéndice H**). Entiendo que esto es necesario para que beWellnm pueda procesar mi solicitud en papel en el sistema online de beWellnm.

Estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

¿Qué debo hacer si creo que mi notificación de elegibilidad es incorrecta?

Si no está de acuerdo con lo que le corresponde, en muchos casos puede solicitar una apelación. Revise su aviso de elegibilidad para encontrar las instrucciones de apelación específicas para cada persona de su hogar que solicite cobertura, incluyendo el número de días que tiene para solicitar una apelación. A continuación encontrará información importante que debe tener en cuenta a la hora de solicitar una apelación:

- Si lo desea, puede hacer que alguien solicite o participe en su recurso. Esa persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado u otro individuo. O bien, puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, es posible que pueda mantener su derecho a la cobertura mientras su apelación está pendiente.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar.

Para apelar los resultados de elegibilidad de beWellnm, visite **www.beWellnm.com/financial-help/consumer-forms/**. O llame al Centro de Interacción con el Cliente de beWellnm al **1-833-ToBeWell** (1-833-862-3935) y TTY: 711. También puede enviar por correo un formulario de solicitud de apelación o su propia carta solicitando una

apelación a **beWellnm**, Departamento de Apelaciones, PO BOX 25247, Albuquerque, NM 87125. Puede apelar la elegibilidad para comprar cobertura médica a través del Mercado, los períodos de inscripción, los créditos fiscales, las reducciones de costos compartidos y Medicaid, si se le negaron. Si reúne los requisitos para obtener créditos fiscales o reducciones de costos compartidos, puede apelar la cantidad para la que determinamos que es elegible. Deberá apelar ante la agencia estatal de Medicaid por cuestiones de elegibilidad con esos programas.

Al proporcionar mi firma a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera correcta y completa a mi leal saber y entender.

La **PERSONA 1** debe firmar esta solicitud. Si usted es un **representante autorizado**, puede firmar aquí siempre que la **PERSONA 1** haya firmado el **Apéndice C**. Si un Agente o Asistente certificado le ha ayudado con esta solicitud, también deberá rellenar el **Apéndice C**.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Si va a firmar esta solicitud fuera de la inscripción abierta, asegúrese de completar el **Apéndice D** ("Preguntas sobre los cambios de vida").

PASO 6: Proporcione la solicitud completa

Cargue su solicitud firmada a su cuenta en línea en **www.beWellnm.com**

Envíe su solicitud firmada a:

beWellnm

PO Box 25247

Albuquerque, NM 87125

Envíe por **Fax** su solicitud firmada a:

1-505-216-7776

Si quiere registrarse para **votar**, visite **<https://portal.sos.state.nm.us/OVR/webpages/InstructionsStep1.aspx>** o llame **1-800-477-3632**.

Obtenga ayuda en un idioma distinto al inglés

Si usted, o alguien a quien ayuda, tiene preguntas sobre beWellnm, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al **1-833-862-3935 (TTY: 711)**.

A continuación encontrará una lista de los idiomas disponibles y el mismo mensaje proporcionado anteriormente en esos idiomas:

Spanish

ATENCIÓN: Usted tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para obtener ayuda en español, llámenos al 1-833-862-3935 (Teléfono para Personas Sordomudas: 711).

Navajo

Baa ákónízin: Nibee házáánii áté díí t'áá nizaad t'áá jíik'éh bee nił ch'íhodoot'ááłígíí. 'Ákoo Diné k'ehjí nił hodooniho éí kójí' nihich'í' hodíílnih, 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Vietnamese

LƯU Ý: Quý vị có quyền được nhận hỗ trợ và thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để được trợ giúp bằng tiếng Việt, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-862-3935 (TTY: 711).

German

ACHTUNG: Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Für Hilfe auf Deutsch rufen Sie uns unter 1-833-862-3935 (TTY: 711) an.

Chinese

请注意：接受免费的翻译服务是您的权力，如您在咨询信息以及办理事物时需要中文翻译，请致电 1-833-862-3935 (TTY:711)。

Arabic

انتبه: لك الحق في تلقي المساعدة والمعلومات بلغتك بدون تكلفة. للمساعدة باللغة العربية، اتصل بنا على رقم الهاتف 1-833-862-3935 الهاتف المُخصص للصم والبكم: 711

Korean

주의:귀하는 무료로 귀하의 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 한국어로 도움을 받으려면 1-833-862-3935(TTY:711)로 전화하십시오.

Tagalog

ATTENTION: Ikaw ay may karapatang tumanggap ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Para sa tulong sa Tagalog, tawagan kami sa 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Japanese

注意:あなたは無償でああなたの言語でヘルプや情報を受け取る権利を持っています。日本語でのサポートについては、1-833-862-3935 (TTY:711)までお電話ください。

French

ATTENTION: Vous avez le droit de recevoir de l'assistance et de l'information dans votre langue gratuitement. Pour l'assistance en Français, téléphonez-nous au 1-833-862-3935 (TTY:711).

Italian

ATTENZIONE: Ha il diritto di ricevere gratuitamente aiuto e informazioni nella sua lingua. Per assistenza in Italiano, chiamate il numero 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Russian

ВНИМАНИЕ: Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на Вашем языке. Чтобы получить помощь на русском языке, позвоните нам по телефону 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Hindi

ध्यान दें: आपको सहायता और जानकारी अपनी भाषा में बनिा किसी कीमत के प्राप्त करने का अधिकार है। हृदि में सहायता के लिए, हमें 1-833-862-3935 (TTY:711) पर कॉल करें।

Farsi

توجه: شما حق دریافت کمک و اطلاعات به زبان خود بدون هزینه دارید. برای دریافت تماس بگیریید (TTY:711) کمک به زبان فارسی، با ما به شماره 1-833-862-3935

Thai

โปรดทราบ: ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย สำหรับการขอรับความช่วยเหลือเป็นภาษาไทย โทรถึงเราได้ที่หมายเลข 1-833-862-3935 (TTY: 711)

Apéndice A

Cobertura de Salud de los Empleos

NO es necesario que responda a estas preguntas a menos que algún miembro de la familia sea elegible para la cobertura de salud de un trabajo, incluso si no acepta la cobertura. **Adjunte una copia de esta página y de la siguiente por cada trabajo que ofrezca cobertura.**

Díganos cuál es el trabajo que ofrece cobertura.

Haga una copia de esta página y de la siguiente y llévela a la empresa que ofrece la cobertura para que le ayude a responder a ésta pregunta.

Información del Empleado

1. ¿Es esta cobertura de: Empleador actual
 Antiguo empleador - COBRA Antiguo empleador - Plan de Salud para Jubilados

2. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)

3. Número de Seguro Social del empleado (SSN, 9 dígitos)

Información del Empleador

4. Nombre del empleador/empresa

5. Número de Identificación del Empleador (EIN, opcional, 9 caracteres)

6. Número de teléfono del empleador (10 dígitos) Extensión

Tipo de teléfono: Hogar Trabajo Celular

Ahora, introduzca los datos de la persona o del departamento que gestiona los beneficios de los empleados. Podemos ponernos en contacto con esta persona si necesitamos más información:

7. Persona o departamento con el que podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados

8. Dirección postal del empleador (beWellnm puede enviar notificaciones a esta dirección) Número de apartamento/unidad

9. Ciudad 10. Estado 11. Código postal 12. Condado

13. Número de teléfono (si es diferente del anterior) Extensión

Tipo de teléfono: Hogar Trabajo Celular

14. Correo electrónico

15. ¿El empleado tiene actualmente derecho a la cobertura ofrecida por esta empresa, o lo tendrá en los próximos 3 meses?

- SÍ** (Continúe)
- NO (EMPLEADOR:** PARE y devuelva este formulario al empleado.
EMPLEADO: Vuelva a su solicitud de cobertura de beWellnm.)

a. **¿Cuándo tendrá el empleado derecho a la cobertura?** (mm/dd/aaaa) No lo sé.

b. **¿Ofrece la empresa un plan de salud que cubra al cónyuge o al**

(a los) dependiente(s) de este empleado?

- SÍ. En caso afirmativo, ¿qué personas?** **NO, (Vaya a la pregunta 16.)**
- Cónyugue Dependiente(es)

Indique los nombres de cualquier otra persona del hogar del empleado que reúna los requisitos para la cobertura de este trabajo.

Nombre Fecha de Elegibilidad (mm/dd/aaaa)

--	--

Nombre Fecha de Elegibilidad (mm/dd/aaaa)

--	--

Nombre Fecha de Elegibilidad (mm/dd/aaaa)

--	--

16. ¿Espera el empleado algún cambio en la cobertura del seguro médico de la empresa este año? Sí No

En caso afirmativo, indique el año

--

- El empresario dejará de ofrecer cobertura de salud.

En caso afirmativo, ¿cuál es el último día en que la cobertura de este trabajo estará disponible para el empleado?

(mm/dd/aaaa)

--

- No lo sé.

- El empleado planea abandonar la cobertura de salud del empleador.

En caso afirmativo, ¿cuál será el último día de cobertura del empleado a través del plan de salud de este trabajo?

(mm/dd/aaaa)

--

- No lo sé.

Háblenos de la cobertura de salud ofrecida por este empleador.

17. ¿Ofrece el empresario un plan de salud que cumpla la norma de valor mínimo? **SÍ** (Vaya a la pregunta 18.)

NO (PARE y devuelva este formulario al empleado.)

18. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado por el plan de menor costo que se le ofrezca **sólo al empleado** y que cumpla la norma de valor mínimo*? No incluya los planes familiares. **NOTA:** Si el empleador ofrece programas de bienestar, introduzca la prima que el empleado pagaría si obtuviera el máximo descuento por cualquier programa para dejar de fumar y no obtuviera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. El empleado pagaría esta prima: \$

NOTA: Introduzca la cantidad más baja que el empleado podría pagar por la cobertura de salud.

b. El empleado pagaría este monto:

Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes

Una vez al mes Anualmente

NOTA: Introduzca la cantidad más baja que el empleado podría pagar por la cobertura de salud.

** Un plan de salud cumple la norma de valor mínimo si paga al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de los servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen la norma de valor mínimo.*

Apéndice B

Miembro(s) del hogar Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su hogar es Indio Americano o Nativo de Alaska y está solicitando cobertura. Preséntelo con su "Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Pagar los Costos".

Háblenos de los miembros de su hogar que sean Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y los Nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, de los programas de salud tribales, o de los programas urbanos de salud para Indígenas. También es posible que no tengan que pagar los costos compartidos y que obtengan períodos de inscripción mensuales especiales. Responda a las siguientes preguntas para asegurarse de que su hogar recibe la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

PERSONA 1 AI/AN:

1. Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?

Sí No

En caso afirmativo, nombre de la Tribu:

Estado donde está ubicada la tribu:

3. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de uno de estos programas? Sí No

Si la respuesta es negativa, ¿tiene esta persona derecho a recibir servicios del Servicio de Salud Indígena o de una Organización Tribal de Salud? Sí No

4. Cierta cantidad de dinero recibido puede no contarse para Medicaid. Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:

a. Los pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos, o regalías

b. Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indígenas por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y antiguas reservas)

c. Dinero procedente de la venta de objetos con significado cultural.

\$ ¿Con qué frecuencia?

1. Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

2. ¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?

Sí No

En caso afirmativo, nombre de la Tribu:

Estado donde está ubicada la tribu:

3. ¿Ha recibido esta persona alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o a través de una derivación de uno de estos programas? Sí No

Si la respuesta es negativa, ¿tiene esta persona derecho a recibir servicios del Servicio de Salud Indígena o de una Organización Tribal de Salud? Sí No

4. Cierta cantidad de dinero recibido puede no contarse para Medicaid. Enumere cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) declarado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:

- a. Los pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos, o regalías
- b. Pagos procedentes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indígenas por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y antiguas reservas)
- c. Dinero procedente de la venta de objetos con significado cultural.

\$

¿Con qué frecuencia?

Apéndice C

Ayuda para llenar esta solicitud

Sólo para Agentes y Asistentes certificados

Complete esta sección si usted es un Agente, Corredor, Asesor de Inscripción o Asistente certificado que llena esta solicitud para otra persona.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

2. Agencia/Organizacion

3. Número de Teléfono

4. Correo electrónico

5. Código postal

6. Sólo para Agentes/Corredores: número NPN de 10 dígitos

7. **Sólo Asistentes** - Estado de Acceso: ¿Este Asistente está aprobado para trabajar con usted? Sí No

8. **Sólo Asistentes** - Identificación de la organización (si procede):

Puede elegir un representante autorizado.

Puede dar permiso a una persona de confianza para que hable de esta solicitud con nosotros, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud, incluyendo la obtención de información sobre su solicitud y la firma de la misma en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar o eliminar a su representante autorizado, póngase en contacto con beWellnm. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Nombre, Segundo nombre, Apellido)

2. Dirección Postal del Representante Autorizado 3. Dirección 2

4. Ciudad 5. Estado 6. Código postal 7. Condado

8. Número de Teléfono del Rep. Autorizado (10 dígitos) Extensión

Tipo de teléfono: Hogar Trabajo Celular

9. Nombre de la organización (si corresponde)

10. Número de identificación (si corresponde)

11. Correo electrónico

12. Duración de la autoridad del Representante Autorizado:

La autoridad mencionada debe ser efectiva

Desde (mm/dd/aaaa) hasta (mm/dd/aaaa)(opcional)

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con esta solicitud.

13. Firma de la PERSONA 1 que figura en esta solicitud

14. Fecha (mm/dd/aaaa) de la firma

Apéndice D

Preguntas sobre cambios en la vida

(Debe completar el resto de la solicitud junto con esta página y la siguiente. No presente estas páginas por separado). Si alguna de las personas que figuran en esta solicitud ha experimentado ciertos cambios en su vida -como perder la cobertura de salud, casarse, o tener un bebé- en los últimos 60 días (O espera perder su cobertura de salud en los próximos 60 días), llene las siguientes preguntas. Ciertos cambios de vida permiten que su cobertura a través de beWellnm comience de inmediato. También le recomendamos que responda a estas preguntas si solicita la cobertura fuera de la inscripción abierta.

Estas preguntas son opcionales. Si sus circunstancias de vida no han cambiado, puede dejar las respuestas en blanco. Si cumple los requisitos, puede inscribirse en Medicaid en cualquier momento del año, aunque no haya experimentado cambios en su vida. Los miembros de las tribus reconocidas a nivel federal y los Nativos de Alaska pueden inscribirse en la cobertura a través de beWellnm en cualquier momento del año. **Infórmenos sobre los cambios en su hogar.**

¿Alguien de su hogar perdió la cobertura de salud o espera perderla? O, ¿a alguno de los miembros de su hogar se le negó Medicaid por parte del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México?

Escriba el nombre(s) si alguien tiene Medicaid ahora, o si tuvo Medicaid en los últimos 60 días. **NOTA:** SI LOS MIEMBROS DEL HOGAR TIENEN MEDICAID AHORA Y ESTÁ TERMINANDO ANTES DE QUE COMIENZE LA COBERTURA DE beWellnm: Introduzca la fecha de hoy como fecha de finalización de la cobertura. SI LOS MIEMBROS DEL HOGAR TIENEN MEDICAID EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS: Introduzca el

último día de la cobertura de Medicaid como fecha de finalización de la cobertura. SI SU EMPLEADOR HA DEJADO DE CONTRIBUIR COMPLETAMENTE A SU COBERTURA COBRA: Introduzca el nombre o los nombres que figuran a continuación y el último día en que recibió la contribución de su empleador como fecha de finalización de la cobertura.

Nombre(s)

Fecha en la que finalizó o finalizará la cobertura (mm/dd/aaa)

¿Perdida por no pagar las primas? Sí No

¿Ha optado por cancelar la cobertura? Sí No

¿Algún miembro de su hogar ha adquirido un dependiente o se ha convertido en dependiente? Sí No

En caso afirmativo:

¿Se ha casado alguien recientemente?

Nombre(s)

Fecha del matrimonio (mm/dd/aaaa)

¿Estaba al menos uno de los cónyuges inscrito en la cobertura mínima esencial al menos 1 día en los 60 días anteriores al matrimonio?

Sí No

¿Al menos uno de los cónyuges vivió en el extranjero durante al menos 1 día en los 60 días anteriores al matrimonio? Sí No

¿Vivía al menos uno de los cónyuges en un área de servicio en la que no se vendían Planes de Salud Cualificados en el Intercambio de Salud del Estado durante el período de inscripción más reciente disponible o

durante los 60 días anteriores? Sí No

¿Ha habido un nacimiento en su unidad familiar?

Nombre(s)

Fecha del matrimonio (mm/dd/aaaa)

¿Se ha incorporado alguien a su hogar a través de la adopción, crianza temporal, o cuidado ordenado por el tribunal? Nombre(s)

¿Cuándo se produjo la adopción, la crianza temporal, o la orden judicial? (mm/dd/aaaa)

¿Alguien de su hogar que no fuera anteriormente un inmigrante legal se ha convertido en un inmigrante legal?

Nombre(s)

Fecha de cambio de estatus migratorio (mm/dd/aaaa)

¿Alguien en su hogar se mudó o se mudará a una nueva ubicación dentro de Nuevo México?

Nombre(s)

Fecha de la mudanza (mm/dd/aaaa)

¿Hay alguien en su unidad familiar que no tenga hogar actualmente?

Nombre(s)

Fecha en que se quedó sin hogar (mm/dd/aaaa)

¿Alguien en su hogar se mudó recientemente a Nuevo México o se mudará pronto a Nuevo México?

Nombre(s)

Fecha de la mudanza (mm/dd/aaaa)

¿El(los) miembro(s) estuvieron inscritos al menos 1 día en los 60 días anteriores a la mudanza?

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

¿El(los) miembro(s) ha(n) vivido en el extranjero durante al menos 1 día en los 60 días anteriores a la mudanza?

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

¿El miembro o los miembros vivían en un área de servicio en la que no se vendían Planes de Salud Calificados en el Intercambio de Seguros de Salud del Estado durante el período de inscripción más reciente o durante los 60 días anteriores?

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

Nombre(s)

Sí

No

¿Alguien de su hogar ha salido recientemente de la cárcel o va a salir en los próximos 60 días?

Nombre(s)

Fecha de lanzamiento (mm/aaaa)

¿Hay alguien en su casa que haya sido víctima de abuso doméstico o abandono? Nombre(s)

Apéndice E

Preguntas sobre otras coberturas de salud

El hecho de tener otra cobertura de salud puede influir en su capacidad para obtener créditos fiscales. Complete la(s) sección(es) correspondiente(s) a continuación. Utilice una hoja por persona.

NOTA: Si tiene más personas con otra cobertura de salud que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

Díganos qué otras coberturas de salud hay en su hogar.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

a. Está inscrito en Medicare o califica para la Parte A de Medicare sin prima mensual:

i. Poliza/ID de miembro

ii. Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/aaaa)

iii. Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa)
(si procede)

b. Cumple los requisitos para recibir los beneficios de salud del Cuerpo de Paz:

i. Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/aaaa)

ii. Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa)
(si procede)

c. Cumple los requisitos para TRICARE o el Programa de Beneficios de salud para Empleados Federales (FEHB):

- i. Poliza/ID de miembro
- ii. Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/aaaa)
- iii. Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa)
(si procede)

d. Inscrito en un Programa de Salud de Asuntos de Veteranos (VA):

- i. Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/aaaa)
- ii. Fecha de finalización de la cobertura (mm/dd/aaaa)
(si procede)

e. Otras coberturas de beneficios completos (no incluya cobertura por medio de beWellnm):

- i. ¿Cómo se llama el plan?
- ii. Número de Poliza/ID de miembro

f. Otra cobertura de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar):

- i. ¿Cómo se llama el plan de salud?
- ii. Número de Poliza/ID de miembro

NOTA: Las personas deben llamar al Centro de Interacción con el Cliente de beWellnm si tienen más de 65 años y no califican para Medicare, solo califican para el pago de primas de la Parte A de Medicare y no están inscritos o inscrito en Medicare pero desean comprar un plan de precio completo. BeWellnm puede proporcionar cobertura y ayuda para pagar los costos, en algunos casos.

Apéndice F

Preguntas sobre QSEHRAs e ICHRAs

Responda a las siguientes preguntas si un empleador de un miembro del hogar ofrece Acuerdo de Reembolsos de Gastos Médicos para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRAs, por sus siglas en inglés) o Acuerdos de Reembolso de Gastos Médicos para Cobertura Individual (ICHRAs, por sus siglas en inglés).

NOTA: Si tiene más personas con QSEHRA o ICHRA que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

Háblenos de las QSEHRA y las ICHRA en su hogar.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

2. Nombre del empleador/empresa

3. Número de Identificación Fiscal (opcional - 9 dígitos)

Tipo: Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos para Pequeños Empleadores Calificados (QSEHRA)

Si es QSEHRA, pase a la pregunta 4.

Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos para Cobertura Individual (ICHRA)

Si es ICHRA, pase a la pregunta 8.

Preguntas sobre QSEHRA

4. Indique el período activo para el beneficio QSEHRA:

Desde (mm/aaaa): hasta (mm/aaaa):

5. Indique el beneficio máximo anual de cobertura por cuenta propia permitido a través de QSEHRA: \$

6. ¿Tiene la intención de utilizar los beneficios de cobertura familiar permitidos que ofrece su empleador? Sí No

7. Introduzca el beneficio máximo anual de cobertura familiar permitido a través de QSEHRA: \$

Preguntas sobre ICHRA

8. Indique el período activo para su beneficio ICHRA:

Desde (mm/aaaa): hasta (mm/aaaa):

9. Indique el beneficio máximo anual de cobertura por cuenta propia permitido a través de ICHRA: \$

10. ¿Tiene la intención de aceptar el beneficio de ICHRA por parte de su empleador? Sí No

Apéndice G

Condiciones de Uso (Resumen)

Cuando solicite una cobertura de salud a través de beWellnm, transferiremos la información que haya puesto en su solicitud en papel a nuestro sistema de solicitud de intercambio estatal, que es propiedad y está gestionado por un tercero, Optum Inc. (la "Compañía"). Esta página contiene un resumen de las condiciones de uso de la Compañía para utilizar la aplicación (en adelante, el "sitio web").

Las Condiciones de Uso describen las normas de uso del sitio web de la Compañía. Constituyen un acuerdo legalmente vinculante entre usted y la Compañía. Si está ayudando a otra persona a utilizar la aplicación, las condiciones constituyen un acuerdo jurídicamente vinculante entre el ayudante y la persona ayudada y la Compañía. Al utilizar la aplicación, usted acepta la versión más reciente de las condiciones de uso, que pueden cambiar en cualquier momento. Los cambios se publicarán en el sitio web.

La Compañía le concede una licencia personal y limitada para ver el contenido del sitio web con el único propósito de recopilar información sobre el plan y las actividades relacionadas, como por ejemplo, si se permite en este sitio web, solicitar un plan. Si incumple alguna de las Condiciones de Uso, su licencia para el contenido del sitio web quedará anulada.

Al utilizar el sitio web, usted acepta:

- no falsear su identidad ni proporcionarnos información falsa en ninguna parte del sitio web dedicada a la recopilación de información, como una página de registro o de solicitud;

- no realizar ninguna acción destinada a interferir en el funcionamiento del sitio web
- no compartir ninguna contraseña asignada o creada por usted con terceros ni utilizar ninguna contraseña concedida o creada por un tercero
- no autorizar directa o indirectamente a nadie a realizar acciones prohibidas por las Condiciones de Uso; y
- cumplir con todas las leyes y reglamentos aplicables mientras utiliza el sitio web o el contenido.

Todo el contenido del sitio web se proporciona "tal cual", "según esté disponible". Salvo que lo prohíba la legislación aplicable, la Compañía y los terceros, si los hay, que proporcionan el contenido del sitio web renuncian a todas las garantías, ya sean expresas o implícitas, legales o de otro tipo, incluidas, entre otras, las garantías implícitas de comerciabilidad, idoneidad para un fin determinado y no infracción.

Usted acepta que la Compañía y sus afiliados, funcionarios, directores, empleados y agentes no serán responsables de los daños resultantes de su uso o incapacidad de usar el sitio web o el contenido del sitio web. Esto incluye las reclamaciones basadas en la garantía, el contrato, el agravio, la responsabilidad estricta y cualquier otra teoría legal y cubre todas las pérdidas, incluyendo los daños directos o indirectos, especiales, incidentales, consecuentes, ejemplares y punitivos, los daños personales, el lucro cesante o los daños resultantes de la pérdida de datos. Usted acepta utilizar el sitio web bajo su propia responsabilidad. Si no está satisfecho con el sitio web o el contenido, su recurso es dejar de utilizar el sitio web.

Antes de interponer un recurso legal por cualquier daño que crea

haber sufrido derivado o relacionado con el uso de la aplicación, usted acepta informar a la Compañía, por escrito, y dar a la Compañía 30 días para subsanar el daño antes de iniciar cualquier acción. Usted debe iniciar cualquier causa de acción dentro de un año después de que la reclamación haya surgido, o usted puede ser excluido de perseguir cualquier causa de acción.

La información y el contenido del sitio web no pueden, ni pretenden, sustituir la relación que usted tiene con sus profesionales de la salud. El contenido no debe considerarse un consejo médico y no pretende ser un consejo médico. La información sobre salud cambia rápidamente. Por lo tanto, siempre debe confirmar la información con sus profesionales de la salud. El contenido tiene únicamente fines informativos y de comparación de costos.

Salvo que lo prohíba la legislación aplicable, la Compañía no ofrece ninguna garantía en cuanto a la exactitud, integridad, puntualidad, corrección y fiabilidad de cualquier contenido disponible a través de su sitio web.

Para acceder a las Condiciones de Uso completas o si tiene preguntas, llame al 1-833-862-3935 (TTY: 711).

Apéndice H

Política de Privacidad (Resumen)

La política de privacidad del Intercambio de Seguros de Salud de Nuevo México, también conocido como beWellnm ("beWellnm"), le indica qué información recopilamos, por qué la recopilamos, qué hacemos con ella y cómo la protegemos. Se aplica a **www.beWellnm.com**, **www.getcovered.beWellnm.com**, y a cualquier otro sitio web que controlemos.

45 CFR § 155.260 autoriza a beWellnm a recopilar información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés) para determinar la elegibilidad para la inscripción en planes de salud calificados, para evaluar la elegibilidad potencial para Medicaid y para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Recogemos la información necesaria para verificar la identidad, el estado de ciudadanía, la residencia, los ingresos y el estado de encarcelamiento. Estos datos incluyen, pero no se limitan a, datos demográficos (por ejemplo, nombre, dirección, número de teléfono, correo electrónico), datos de ingresos (por ejemplo, estado de declaración de impuestos, estado de matrimonio, dependientes de impuestos), datos de ciudadanía e inmigración (Número de Seguro Social, Número de Extranjero Residente, estado de encarcelamiento), información de discapacidad, e información de cobertura de seguro médico necesaria para facilitar la inscripción en la cobertura o programas. No crearemos, recopilaremos, utilizaremos ni divulgaremos la PII para ningún otro fin.

Podemos utilizar la información que usted proporciona en programas de comparación por ordenador con otras entidades (como la

Administración del Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, las agencias de informes de los consumidores, los emisores de los planes del Intercambio, Experian (como parte del proceso de comprobación de la identidad) y los contratistas contratados para llevar a cabo las funciones del Intercambio), con el fin de hacer determinaciones de elegibilidad, para verificar la continuidad de la elegibilidad para la inscripción en un plan del Intercambio, para verificar la identidad individual, o para procesar las apelaciones de las determinaciones de elegibilidad. No divulgaremos conscientemente su información personal a terceros, salvo lo dispuesto en nuestra política. No vendemos ninguna información que usted introduzca en nuestro sitio web o sistemas.

También verificamos la información que usted proporciona en la solicitud, nos comunicamos con su representante autorizado (si lo tiene) y proporcionamos la información al plan de salud que usted seleccione.

Podemos recopilar información limitada sobre su visita a nuestro sitio web, incluyendo el dominio, la dirección IP, la fecha y la hora de la visita, las páginas visitadas, el tiempo de permanencia en las páginas, etc. También podemos utilizar varios tipos de tecnologías estándar de sitios web, como las cookies, para ayudarnos a mejorar nuestros esfuerzos de educación pública y de divulgación.

Puede optar por compartir su información con los asistentes de inscripción certificados que ayudan a los consumidores. Debe designar explícitamente al profesional utilizando nuestro sitio web, o llamando a nuestro Centro de Interacción con el Cliente. Puede cambiar o anular

su designación en cualquier momento.

Nos adherimos estrictamente a una amplia gama de normas federales y estatales relacionadas con la privacidad y la seguridad de la información, exigidas por la normativa de privacidad de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y las directrices del Instituto Nacional de Normas y Tecnología. Utilizamos una serie de controles de seguridad para mantener la privacidad y la seguridad de nuestra PII, tal y como exigen las leyes aplicables. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de su PII creada, recopilada, utilizada o divulgada por beWellnm. Su PII será utilizada por, o revelada a, sólo aquellos autorizados a recibirla o verla. Mantendremos la confidencialidad de la información de su declaración de impuestos de acuerdo con la sección 6103 del Código de Impuestos Internos. 26 U.S.C. § 6103.

Vinculamos contractualmente a las Entidades No Cambiarias que puedan tener acceso a su PII a normas de privacidad y seguridad que sean al menos tan protectoras como las normas que beWellnm ha establecido e implementado para sí misma.

Usted tiene derecho a ver y corregir, si es necesario, toda la información que tenemos sobre usted.

Al enviarnos información personal o al utilizar nuestros sitios web, usted acepta que podamos recopilar, utilizar y divulgar dicha información personal de acuerdo con nuestra Política de Privacidad o según lo permita o exija la ley. Nos reservamos el derecho de actualizar la Política de Privacidad en cualquier momento.