



SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PARA EXTRANJEROS INDOCUMENTADOS O NO CALIFICADOS

Complete este formulario, imprímalo y fírmelo. Envíelo por correo o llévelo al [Departamento de Servicios Sociales local](#) o al [Departamento de Salud local](#).

QUIÉN PUEDE USAR ESTA SOLICITUD: QUIÉN NO PUEDE USAR ESTA SOLICITUD:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado | <input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense |
| <input type="checkbox"/> Extranjero no calificado (que no reside en EE. UU. con una condición de residente permanente durante 5 años o más, o no reside legalmente y embarazada, o no reside legalmente y menor de 21 años) | <input type="checkbox"/> Nacional de EE. UU. |
| | <input type="checkbox"/> Asilado <input type="checkbox"/> Refugiado |
| | <input type="checkbox"/> Residente en EE. UU. con una condición de residente permanente durante 5 años o más |
| | <input type="checkbox"/> Residente legal y embarazada |
| | <input type="checkbox"/> Residente legal y menor de 21 años |

Si no puede usar esta solicitud y es menor de 65 años, presente la solicitud a través de marylandhealthconnection.gov.

Si no puede usar esta solicitud y tiene 65 años o más, presenta la solicitud a través de mydhrbenefits.dhr.state.md.us.

1. Nombre del solicitante: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____
2. Sexo: Masculino Femenino 3. Número de Seguro Social: _____ 4. Fecha de nacimiento: _____
5. ¿Está solicitando un número de Seguro Social? No Sí Nro. de identificación personal del contribuyente (ITIN) _____
6. Marque el motivo de la solicitud: _____
7. Otros miembros del hogar además del solicitante:

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

8. Estado civil: _____
- Nombre del cónyuge: _____ Número de Seguro Social: _____

9. Domicilio particular: _____
- Nro. de la calle Nombre de la calle..... Ciudad/pueblo Estado Código postal Nro. de apt. o suite Condado

- Soy residente de Maryland, pero no puedo recibir correspondencia en mi domicilio particular, así que use este domicilio postal. Igual que el particular
10. Domicilio postal: _____
- Nro. de la calle Nombre de la calle Ciudad/pueblo Estado Código postal Nro. de apt. o suite

11. Número de teléfono: _____ 12. Número de teléfono adicional: _____
13. Dirección de correo electrónico, si desea obtener información sobre esta solicitud por correo electrónico: _____

14. ¿Tiene alguna discapacidad visual? No Sí 15. ¿Necesita la lengua de señas estadounidense debido a la pérdida auditiva? No Sí
16. ¿Quiere recibir avisos impresos? Sí (solo impresos por ahora) 17. Idioma preferido hablado o escrito: _____

18. Condición de declaración de impuestos para cada uno de estos años: 2020: _____ 2019: _____ 2018: _____
19. ¿Está embarazada? No Sí → Fecha prevista de parto: _____ Fecha de parto real: _____ ¿Cuántos bebés? _____

20. ¿Está actualmente discapacitado? No Sí 21. ¿Está actualmente encarcelado? No Sí
22. ¿Cuál es su condición de inmigración? _____

INGRESO DEL HOGAR: El ingreso del hogar incluye ingresos brutos, como sueldos, salarios y propinas. Si trabaja de manera independiente, los ingresos son los ingresos netos de la empresa después de deducir los gastos comerciales. Los ingresos también incluyen otros tipos de ingresos no derivados del trabajo, como beneficios del Seguro Social, ingresos por inversiones, ingresos por pensiones e ingresos por alquileres.

23. ¿Usted o alguno de los miembros de su hogar tiene algún ingreso que declarar este mes? No Sí
24. ¿Los ingresos variarán o cambiarán durante el período de 12 meses que comienza con el mes actual? No Sí
25. ¿Cuál es el ingreso familiar total de este mes? \$ _____
26. ¿Cuáles será el ingreso de su hogar para este año calendario? \$ _____ (Esta puede ser su mejor estimación para todo el año).

27. Para cualquier miembro del hogar que sea **empleado**:

Nombre del miembro del hogar	Nombre del empleador	Monto pagado antes de impuestos	Frecuencia	Cant. de horas por semana	Cant. de días por semana	Fecha de finalización (si ya no está empleado)
_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____

28. Para los miembros del hogar que sean **trabajadores independientes**:

Nombre del miembro del hogar	Nombre de la empresa	Tipo de empresa	Monto pagado antes de impuestos	Frecuencia	Cant. de horas por semana	Cant. de días por semana	Fecha de finalización (si ya no está empleado)
_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	\$ _____	_____	_____	_____	_____

29. Para los miembros del hogar que reciban **otros ingresos** (como beneficios del Seguro Social, inversiones, pensión, ingresos por renta):

Nombre del miembro del hogar	Fuente de otros ingresos	Monto pagado antes de impuestos	Frecuencia	Fecha de finalización (si los ingresos han terminado)
_____	_____	\$ _____	_____	_____
_____	_____	\$ _____	_____	_____

30. Para los miembros del hogar que tengan **deducciones de los ingresos** (como cuotas alimentarias, intereses de préstamos estudiantiles, cuentas de jubilación individual [IRA], pérdida de capital):

Nombre del miembro del hogar	Tipo de deducción	Monto de deducción	Frecuencia	Fecha de finalización (si los ingresos han terminado)
_____	_____	\$ _____	_____	_____

31 **PARA EL SOLICITANTE DE 65 AÑOS O MÁS: ACTIVOS FAMILIARES:** Informe a continuación todos los activos que usted o su cónyuge posean, individualmente o conjuntamente, al primero de este mes, como dinero en efectivo, cuentas bancarias y de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos, cuentas de jubilación 401 (k), fideicomisos, certificados de depósito, vehículos de motor, pólizas de seguros, bienes inmuebles y otros bienes.

Nombre del miembro del hogar	Nombre de la empresa	Tipo de activo	Número de cuenta	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Monto mensual	Última actualización mensual
_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____	_____

REPRESENTANTE AUTORIZADO: puede elegir un representante autorizado para ayudarlo a completar la solicitud.

Puede dar permiso a una persona de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en su nombre en los asuntos relacionados con esta solicitud, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona se denomina «representante autorizado». Si usted es el representante legalmente designado de alguien en esta solicitud, presente una prueba con la solicitud.

Seleccione el tipo de representante: Representante designado por un tribunal o poder notarial Adulto responsable

Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido)

Información de contacto del representante autorizado:

Nro. de la calle _____ Nombre de la calle _____ Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____ Nro. de apt. o suite _____ Número de teléfono _____

Nombre de la organización (si corresponde) _____

Número de id. (si corresponde) _____

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

Firma del solicitante _____

Fecha (dd/mm/aaaa) _____

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que he brindado respuestas verdaderas y correctas a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley estatal y federal si proveo intencionalmente información falsa o no veraz.
- Sé que según las leyes estatales y federales, no se permite la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o información genética, y puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file o llamando al 1-800-368-1019 o al 1-800-537-7697 (TDD).
- Sé que mi información en este formulario se utilizará solo para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y se mantendrá en privado según lo exige la ley.
- Confirmando que nadie que solicita cobertura de salud en esta solicitud está encarcelado (detenido o en prisión).
- Pdemanda o reclamo se cederá al estado para pagar los gastos médicos pagados por el estado relacionados con las lesiones que dieron lugar a la demanda o el reclamo. Si tengo otro seguro o un tercero es responsable de pagar mis gastos médicos, el estado puede recuperar el costo de mis facturas médicas directamente de la aseguradora o del tercero. El estado puede facturarle a un familiar legalmente responsable para recibir el reembolso de los costos de mi atención médica. El estado puede recuperar dinero de los patrimonios de aquellas personas que tenían 55 años o más en el momento en que se pagaron los beneficios médicos comunitarios y que no tienen un cónyuge vivo o un hijo sobreviviente menor de 21 años o ciego o discapacitado. El estado puede obtener una recuperación de la herencia u otro pago único de dinero que reciba para recibir el reembolso de los costos de mi atención médica. El estado puede imponer un gravamen, bajo ciertas condiciones, sobre mi casa si ingreso permanentemente a un establecimiento de enfermería.

Firma del solicitante o del representante autorizado _____

Fecha de la firma (dd/mm/aaaa) _____