

Miembros adicionales del hogar (Si existen más de dos personas, haga una copia de la sección Miembros adicionales del hogar y complétela.)

Primer Nombre, Segundo, Apellido y Sufijo (Jr. /Sr., etc.)	Estado civil	Si está casado, ¿vive con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Parentesco con usted?
Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento ____/____/____	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto: _____ En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan?: ____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

¿Espera esta persona presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

Sí **En caso afirmativo**, conteste las preguntas 1 - 3 No **Si No**, pase a la pregunta 3.
Nota: Esta persona aún puede solicitar un seguro de salud, incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.

- ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? Sí No
En caso afirmativo, nombre del cónyuge/pareja: _____
- ¿Va a reclamar a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
En caso afirmativo, anote los nombres de los dependientes: _____
- ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
En caso afirmativo, por favor anote el nombre del declarante: _____
 ¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____

¿Está esta persona solicitando Medicaid, Nevada Check Up o ayuda con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima - APTC)?

Sí **En caso afirmativo**, responda a todas las preguntas que figuran a continuación. No **Si no**, pase a las preguntas sobre ingresos.
Nota: Marcando "Sí" significa que será evaluado para recibir beneficios médicos con fondos federales.

Número de Seguro Social - REQUERIDO si no indicado anteriormente _____ - _____ - _____	Si es un niño, menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

Si no es ciudadano de los Estados Unidos, ¿tiene estatus migratorio como elegible? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información: **Tipo:** _____ **Número de identificación:** _____

¿Es (son) esta persona, su cónyuge/pareja doméstica o sus padres (si es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares?? Sí No

¿Es un estudiante de tiempo completo? Sí No

¿Es Indio Americano o Nativo de Alaska? Sí No
En caso afirmativo, ¿a qué tribu pertenece?

Si es menor de 26 años de edad, ¿alguna vez ha estado en cuidado temporal? Sí No
En caso afirmativo, ¿en qué estado? _____

¿Edad cuando salió del programa? _____ ¿Recibió cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? Sí No

Miembros adicionales del hogar, continuación:

¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar?

 Sí No**En caso afirmativo, ¿de quién?** _____¿Necesita ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? Sí No**En caso afirmativo, ¿para cuáles meses?**¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? Sí No¿Recibe ingresos de la Seguridad Social (SSI)? Sí No

¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico?

 Sí No**Información sobre empleo actual e ingresos** **Desempleado** – Pase a la sección 'Otros ingresos'**EMPLEO ACTUAL:**Durante los últimos 3 meses ha: Cambiado de empleo Dejado de trabajar Trabajado menos horas
 Ninguno de estos

Nombre del empleador: (Si trabaja por su cuenta escriba 'SÍ MISMO')

Promedio de horas trabajadas cada semana

Dirección del empleador:

Número de teléfono del empleador:
()

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Salarios en bruto/propinas por
periodo de pago:
\$¿Con qué frecuencia le pagan? Semanalmente Cada 2 semanas
 Bimensualmente Mensualmente Anualmente**Si esta persona trabaja por su cuenta, por favor conteste las siguientes preguntas:**

Tipo de trabajo: _____

¿Cuánto ingreso neto (ganancias una vez que los gastos son pagados) va a recibir este mes? \$ _____

Miembros adicionales del hogar, continuación:**OTROS INGRESOS:** Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que la recibe.**Nota:** No tiene que darnos datos acerca de la manutención de menores o pagos por discapacidad de veteranos. Algún dinero recibido puede o no puede ser contado para Medicaid y Nevada Check Up. Háganos saber si el dinero recibido se considera como ingreso tribal.

<input type="checkbox"/> Ninguno				¿Ingresos tribuales?
<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Pensión de jubilación	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Beneficios de la Seguridad Social (RSDI)	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	
<input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos	\$ _____	¿Frecuencia?	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame al 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos al www.dwss.nv.gov

2961-SP (9/14)

Page 2 of 4

Miembros adicionales del hogar, continuación:**OTROS INGRESOS, continuación:**

<input type="checkbox"/>	Anualidades	\$ _____	¿Frecuencia? _____	¿Ingresos tribuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos de alquiler o regalías	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ganancias de capital	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos agrícolas o de pesca	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Becas y Subvenciones	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Adelantos en efectivo	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Ganancias de juego	\$ _____	¿Frecuencia? _____	
<input type="checkbox"/>	Otro	\$ _____	¿Frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si paga por algunas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, el dejarnos saber podría reducir su ingreso contable. Nota: No debe incluir un costo tomado en consideración en su respuesta anterior sobre el ingreso neto si esta persona trabaja por cuenta propia.

<input type="checkbox"/>	Gastos de educador	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros para la salud	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Gastos de mudanza	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Gastos de negocio de reservistas, artistas intérpretes y funcionarios gubernamentales de pago a base de honorarios	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Intereses de préstamos estudiantiles	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Matrícula y cargos	\$ _____	¿Frecuencia? _____
<input type="checkbox"/>	Actividades de producción doméstica	\$ _____	¿Frecuencia? _____

INGRESOS ANUALES:

Si los ingresos que aparecen en esta página no son constantes de mes a mes, por favor díganos lo que se espera que sean los ingresos anuales. **Por ejemplo**, algunas personas esperan que sus ingresos sean cambiables, ya que sólo trabajan algunos meses del año. Si no se espera un cambio en los ingresos mensuales, no responda a las dos preguntas siguientes.

Total de los ingresos anuales esperados este año:
\$ _____

Total de los ingresos anuales esperados para el próximo año: \$ _____

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame al 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos al www.dwss.nv.gov

2961-SP (9/14)

Page 3 of 4

RACE / ETHNICITY

¿Son de origen hispano, latino o español? (opcional) Sí No

Si es hispano/latino (marque todo lo que corresponda - opcional):

Mexicano Mexicoamericano Puertorriqueño Cubano Chicano/a Otro

Raza (opcional) – seleccione todas las que apliquen

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otro |