

**Miembros adicionales del hogar** (Si existen más de dos personas para incluir, utilice una copia de la sección Miembros adicionales del hogar y complétala.)

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido y sufijo	Estado civil	Si es 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: _____ Si la respuesta es sí ¿cuántos bebés se esperan? ____	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**¿Esperan ellos presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

Sí **Si la respuesta es sí**, conteste las preguntas 1 a 3.  No **Si no**, pase a la pregunta 3

**Aviso: Todavía pueden solicitar seguro de salud incluso si no presentan una declaración de impuestos federales.**

- ¿Esperan presentar una declaración conjunta con un cónyuge/pareja?  Sí  No  
**Si la respuesta es sí**, nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_
- ¿Reclamarán dependientes en la declaración de impuestos?  Sí  No  
**Si la respuesta es sí**, listar el nombre(s) de los dependientes: \_\_\_\_\_
- ¿Son declarados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No  
**Si la respuesta es sí**, por favor anote el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_  
¿Qué parentesco tienen con el declarante? \_\_\_\_\_

**¿Están solicitando para Medicaid, Nevada Check-Up o asistencia con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima - APTC)?**

Sí **Si la respuesta es sí**, conteste todas las preguntas a continuación.  No **Si la respuesta es no**, pase a las preguntas de ingreso.

**Aviso: Marcando ‘Sí’ indica que serán evaluados para ayuda médica financiado con fondos federales.**

Número de Seguro Social - <b>REQUERIDO</b> si no está listado arriba ____-____-____	Si son un niño menor de 19 años, ¿tienen acceso a cobertura de empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Son ellos un ciudadano de los EE.UU.?  Sí  No      ¿Han vivido en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No

Si no es ciudadano de los EE.UU., ¿tienen estatus migratorio elegible?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, proporcione la siguiente información:      **Tipo:** \_\_\_\_\_      **No. de identificac** \_\_\_\_\_

¿Son ellos, su cónyuge o su padre (si es un menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares?  Sí  No

¿Son ellos un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

¿Son ellos un Indio Americano o Nativo de Alaska?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, ¿cuál tribu?

Si es menor de 26 años de edad, ¿han estado alguna vez en cuidado temporal?  Sí  No **Si la respuesta es sí**, ¿en qué estado? \_\_\_\_\_

¿Edad cuando salieron del programa? \_\_\_\_\_      ¿Recibieron cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid?  Sí  No

¿Son ellos un padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño(s), menor de 19, en el hogar?  
 Sí  No      **Si la respuesta es sí**, ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses?  Sí  No

**Si la respuesta es sí**, ¿para cuáles meses?



**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 ellos pagan por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, al informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Aviso:** No incluir un costo ya considerado en la respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

- |                          |                                                                                                                          |          |                   |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gastos de Educador                                                                                                       | \$ _____ | Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> | 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 comerciales de los 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"/> | Cargos de matrícula                                                                                                      | \$ _____ | Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> | Matrícula y cargos                                                                                                       | \$ _____ | Frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> | Actividades de producción                                                                                                | \$ _____ | Frecuencia? _____ |

**INGRESO ANNUAL**

Si el ingreso listado en esta página no es fijo de mes al mes, por favor díganos lo que esperan que sea su ingreso anual. **Por ejemplo**, algunas personas esperan sus ingreso cambiar porque solo trabajan algunos meses del año. Si no esperan un cambio a sus ingresos mensuales, pase esta pregunta.

Total de los ingresos anuales esperados este año: \$ \_\_\_\_\_ Total de ingresos esperados el próximo año: \$ \_\_\_\_\_

**RAZA/ORIGEN ÉTNICO**

¿Son ellos 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) - marque todo lo que corresponda**

- |                                                             |                                                   |                                         |                                        |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco                             | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawáii         | <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Coreano       |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro              | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro       | <input type="checkbox"/> Chino          | <input type="checkbox"/> Otro Asiático |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Samoano                  | <input type="checkbox"/> Filipino       | <input type="checkbox"/> Vietnamita    |
| <input type="checkbox"/> Medio Oriental o Norte Africano    | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Japonés        | <input type="checkbox"/> Otro:         |